

Cinquième Édition

Principes fondamentaux de gastro-entérologie

États pathologiques et démarches thérapeutiques

5

*A.B.R. Thomson and
E.A. Shaffer, editors*

*Avec la participation de
P. Paré,
D.B. Ménard
et M. Boivin*



JANSSEN-ORTHO

1

Les symptômes et signes courants en gastro-entérologie

C. Dubé

Sections rédigées par :

R.F. Bursey, M.C. Champion, J.M. Fardy, S. Grégoire,
D.G. MacIntosh, D.G. Patel, A. Rostom, N. Saloojee,
L.J. Scully, A.S.C. Sekar, W.G. Thompson et
J.M. Watters

1. INTRODUCTION / W.G. Thompson et C. Dubé

La clé du diagnostic précis et du traitement efficace des troubles gastro-intestinaux réside dans une anamnèse sans faille. Étant donné que près de 50 % des troubles digestifs ne sont associés avec aucune anomalie anatomique et s'accompagnent d'un examen physique et d'analyses biologiques normales, le diagnostic et le traitement doivent souvent reposer sur l'interrogatoire du patient. L'anamnèse doit inclure une description exacte des symptômes principaux, de ses relations avec l'ingestion d'aliments et la défécation, un relevé des antécédents personnels et familiaux de troubles gastrointestinaux antérieurs, de tout traitement et de toute intervention chirurgicale préalable au niveau du tube digestif. On doit faire une recherche méticuleuse des symptômes évocateurs d'une atteinte organique. Le médecin doit aussi évaluer l'état psychosocial du patient, en relation surtout avec des événements traumatisants qui pourraient avoir précédé l'apparition des troubles.

Le médecin doit déterminer le début des manifestations, les circonstances qui les font apparaître, leur périodicité, le siège et l'irradiation de la douleur, s'il y a lieu, les facteurs d'aggravation ou de soulagement ainsi que la relation aux symptômes de type alimentaire et aux autres symptômes. Les antécédents doivent inclure non seulement les interventions chirurgicales digestives ou les troubles gastro-intestinaux antérieurs, mais aussi les maladies systémiques, comme le diabète ou une affection cardio-vasculaire

grave, susceptibles de perturber l'intestin. Il convient de porter une attention particulière aux symptômes alarmants : hémorragie digestive, amaigrissement prononcé, diarrhée profuse ou épisodes de douleur abdominale, qui indiquent une affection organique. De même, en présence d'anémie, de fièvre ou d'incapacité de travailler, il faut rechercher un trouble digestif plus grave, qui exigera un traitement et un suivi. Des antécédents familiaux de maladie ulcéreuse, de cancer de l'estomac ou du côlon, de maladie coeliaque ou de maladie hépatique peuvent apporter des indices diagnostiques et indiquer la nécessité d'un dépistage d'entités telles qu'une infection par *H. pylori*, une maladie coeliaque, un néoplasme colique ou une hémochromatose.

Lorsque le patient se plaint de troubles gastro-intestinaux, le médecin avisé doit tenir compte de son état psychique. De nombreuses études démontrent que les sujets qui consultent un médecin pour des troubles gastrointestinaux, même de nature organique, présentent souvent des déséquilibres psychosociaux. Le succès du traitement peut être compromis si l'on ne parvient pas à préciser la réaction du patient à son environnement psychosocial, qu'il s'agisse d'hostilité envers le conjoint, d'une crainte anormale du cancer ou d'un sentiment profond de perte, et à trouver des moyens pour lui permettre de s'adapter.

On trouvera dans les pages suivantes un synopsis des symptômes gastro-intestinaux courants, une description des principaux symptômes, quelques mots sur leur origine, les points importants de l'anamnèse et des observations physiques pertinentes, ainsi qu'une description sommaire de la démarche diagnostique et du traitement. Il ne s'agit là que d'un préambule; on trouvera tout le long du texte des renseignements plus détaillés de maladies particulières. La dernière section de ce chapitre présente une démarche séquentielle pour l'examen de l'abdomen.

2. GLOBUS HYSTERICUS / C. Dubé et W.G. Thompson

2.1 Synonymes

Globe hystérique; globe pharyngé, impression de boule dans la gorge.

2.2 Description

Le globus hystericus est une sensation intermittente ou persistante de boule ou de corps étranger dans la gorge. Il n'est pas associé à l'ingestion d'aliments : les personnes qui souffrent de ce trouble peuvent en général avaler normalement les aliments, mais n'arrivent pas à déglutir la salive entre les repas.

2.3 Épidémiologie

La sensation de boule dans la gorge se produit au moins une fois dans près de la moitié de la population, surtout dans des moments d'émotions intenses.

2.4 Étiologie

On ignore quelle est l'étiologie du globus hystericus, mais on rencontre ce trouble dans des situations de stress et de troubles psychologiques et psychiatriques. On a aussi suggéré une association avec un dysfonctionnement du sphincter œsophagien supérieur, une dysmotilité œsophagienne ou un reflux gastro-œsophagien, bien que ces troubles ne soient pas observés de manière systématique.

2.5 Diagnostic différentiel et traitement

Il est important de distinguer la sensation de boule dans la gorge de la dysphagie ou de l'odynophagie par un interrogatoire minutieux. Chez les personnes se plaignant de globus hystericus, les examens devraient viser à exclure une pathologie à sphérules en ORL (par exemple, un cancer oropharyngé), un reflux gastro-œsophagien pathologique ou un trouble de la motilité œsophagienne, en particulier une achalasie. De ce point de vue, il convient d'effectuer un examen physique et oto-rhino-laryngologique complet, ainsi qu'une gorgée barytée avec un bol solide (pain ou comprimé de baryum) pour exclure un problème mécanique et rechercher un trouble sous-jacent évident de la motilité. Une fois confirmé par l'absence de pathologie organique, la meilleure manière de traiter la sensation est de rassurer le patient.

2.6 Traitement

Le seul traitement consiste à rassurer le patient. Aucune investigation n'est recommandée. En cas de désordres émotionnels profonds, on suggère une consultation en psychiatrie.

3. BRÛLURES D'ESTOMAC ET RÉGURGITATION / C. DUBÉ ET W.G. THOMPSON

3.1 Description

Les brûlures d'estomac correspondent à une sensation de brûlures rétrosternales pouvant irradier vers le cou. On l'observe le plus souvent en période postprandiale ou lors d'une flexion du tronc vers l'avant, durant un effort ou en position couchée. Contrairement à l'angine, elles ne sont habituellement pas aggravées par l'exercice.

La régurgitation est la remontée sans effort du contenu gastrique ou œsophagien dans le larynx sans nausée, spasme ni contraction abdominale. Les patients en général régurgitent un liquide acide mêlé à de petites quantités d'aliments non digérés.

Les brûlures d'estomac et la régurgitation se produisent souvent ensemble et peuvent aussi s'accompagner d'une douleur thoracique, d'une hypersalivation,

d'une sensation de globe, d'odynophagie et de nausées. L'hypersalivation, appelée aussi sialorrhée, est une inondation spontanée de la bouche par un liquide clair, légèrement salé et parfois suffisamment abondant pour nécessiter l'expectoration. Il semble résulter d'un réflexe cholinergique vagal dont les voies afférentes prennent naissance dans la partie supérieure du tube digestif et dont les voies efférentes aboutissent aux glandes salivaires.

3.2 Épidémiologie

Les brûlures d'estomac et la régurgitation acide sont fréquentes et se produisent au moins une fois par semaine dans 20 % environ de la population en général. Une minorité seulement des personnes qui en souffrent finissent par consulter un médecin à ce sujet. Ceux qui consultent un médecin peuvent être caractérisés par un niveau d'anxiété plus élevé, avoir souffert d'un décès récent ou d'une maladie dans la famille ou présenter des symptômes musculo-squelettiques chroniques ou de la douleur.

3.3 Anamnèse

En présence de brûlures d'estomac, il faut déterminer l'effet de la position du corps, des aliments, du stress et de l'effort physique sur les symptômes. Il convient de procéder à un interrogatoire cardiaque soigneux pour écarter la possibilité d'une angine. Il est important d'interroger le patient sur la dysphagie, l'odynophagie, l'amaigrissement, les symptômes révélateurs d'hémorragie et d'anémie, ainsi que sur la toux chronique ou sur des symptômes respiratoires pouvant suggérer l'inhalation de matières gastriques.

La présence de brûlures d'estomac et de régurgitation laisse envisager un reflux gastro-œsophagien (RGO). La méthode d'investigation et de traitement du RGO sera examinée au chapitre correspondant.

4. DYSPHAGIE / A.S.C. Sekar

4.1 Description

Dysphagie signifie difficulté à avaler. Certains patients déclarent avoir l'impression que les aliments se « collent » dans la gorge ou derrière le sternum.

4.2 Caractéristiques importantes de l'anamnèse et diagnostic différentiel

Il importe de procéder à une anamnèse minutieuse de la dysphagie. Le rétrécissement mécanique est une cause courante; il faut bien distinguer entre la sténose inflammatoire et le carcinome. La dysphagie dont la durée est relativement brève (quelques mois seulement) et dont la gravité s'accroît suggère un rétrécissement mécanique progressif de la lumière œsophagienne, comme peut en produire un carcinome de l'œsophage. En présence d'une affection

bénigne, les symptômes sont souvent plus anciens. Des antécédents de brûlures d'estomac ou de régurgitation acide chez un patient atteint de dysphagie progressive peuvent indiquer une sténose œsophagienne bénigne secondaire aux reflux gastro-œsophagiens. On ne trouve cependant pas d'antécédents francs de brûlures d'estomac ou de régurgitation acide chez tous les patients atteints de sténose œsophagienne bénigne, en particulier lorsqu'ils sont âgés. Des antécédents d'ingestion d'agents caustiques, comme la lessive de soude, suggèrent une sténose œsophagienne secondaire à une œsophagite chimique grave.

Les infections de l'œsophage peuvent aussi causer des difficultés de déglutition; habituellement imputables à *Candida albicans* ou au virus herpétique, elles s'accompagnent fréquemment d'une douleur intense à la déglutition, appelée *odynophagie*. La gravité de l'odynophagie est souvent telle que le patient a même de la difficulté à avaler sa salive. Bien que l'œsophagite herpétique puisse survenir chez des patients relativement sains, l'œsophagite à *Candida* s'observe plutôt en présence de diabète, de tumeur maligne sous-jacente ou d'immunodépression.

Le patient dysphagique peut montrer du doigt l'endroit de l'obstruction, mais ce geste n'est pas toujours fiable. Une sténose de l'œsophage distal peut être ressentie dans la région xiphoïde, ou même jusque dans la gorge. Une obstruction de l'œsophage supérieur se ressent au niveau de la gorge et non au niveau de la poitrine.

La dysphagie peut aussi accompagner les troubles moteurs de l'œsophage, dont le spasme œsophagien et l'achalasia : ces troubles peuvent entraîner une dysphagie aux aliments solides ou liquides. Cette dysphagie est intermittente et sa première manifestation peut remonter loin dans le temps. Dans les cas de spasme œsophagien, la dysphagie s'accompagne parfois de douleur (odynophagie), en particulier au moment de l'ingestion de liquides trop froids ou trop chauds. Ces patients parviennent habituellement, en buvant, à faire passer les aliments retenus dans l'œsophage, tandis que ceux atteints d'une dysphagie d'origine mécanique (dans le cas d'une sténose, par exemple) sont parfois obligés de régurgiter ces aliments pour obtenir un soulagement.

La présence d'un anneau muqueux à la jonction œso-gastrique (anneau de l'œsophage inférieur ou de Schatzki) est aussi une cause courante de dysphagie intermittente. À l'occasion, au moment de la déglutition d'un bol alimentaire relativement volumineux, cet anneau peut produire une obstruction mécanique entraînant l'apparition spectaculaire d'une dysphagie aiguë parfois douloureuse. Ces patients doivent souvent quitter la table pour régurgiter. Les patients qui présentent un anneau de Schatzki tolèrent habituellement leurs symptômes pendant de nombreuses années avant de consulter un médecin.

Le syndrome de Paterson-Kelly, ou syndrome de Plummer-Vinson, est une cause rare de dysphagie œsophagienne haute. Une anémie ferriprive

chronique est alors associée avec un rétrécissement de l'œsophage supérieur imputable à la formation d'un repli semi-lunaire (*web*).

La dysphagie cricopharyngienne peut aussi être due à la présence d'un diverticule de pulsion de l'œsophage ou de Zenker, qui résulte d'une anomalie du sphincter cricopharyngien. Les patients porteurs de ce diverticule se plaignent souvent de régurgiter des particules d'aliments non digérés ingérés la veille.

La dysphagie haute peut aussi être d'origine non œsophagienne. Une affection neuromusculaire sous-jacente peut causer une dysphagie cricopharyngienne et rendre difficile l'amorce de la déglutition. Un goître volumineux ou une tumeur du médiastin peuvent exercer une compression extrinsèque sur la partie supérieure de l'œsophage.

4.3 Démarche diagnostique et thérapeutique

La gorgée barytée constitue l'examen initial le plus important pour le diagnostic de la dysphagie. Elle peut révéler un diverticule de Zenker, une sténose œsophagienne (bénigne ou maligne) ou un anneau de Schatzki. L'endoscopie et des biopsies sont indiquées lorsqu'on soupçonne une inflammation ou une néoplasie de l'œsophage. Si la gorgée barytée révèle une sténose, il faut procéder à une endoscopie avec biopsies afin de déterminer si la sténose est bénigne ou maligne. Une fois le diagnostic établi par endoscopie, les sténoses bénignes doivent être dilatées. La gorgée barytée peut aussi permettre le diagnostic des troubles moteurs, comme le spasme œsophagien et l'achalasie. La manométrie œsophagienne permet souvent de confirmer ces troubles moteurs.

Le traitement varie selon la cause de la dysphagie. Ainsi, les sténoses secondaires au reflux gastro-œsophagien se traitent par dilatation œsophagienne périodique et par les inhibiteurs à long terme de la pompe à protons (p. ex. l'oméprazole). Les sténoses œsophagiennes peuvent être dilatées au moment de l'endoscopie. Le cancer de l'œsophage nécessite soit une intervention chirurgicale, la radiothérapie ou l'insertion palliative d'une prothèse. Les troubles moteurs de l'œsophage peuvent parfois être maîtrisés par des médicaments comme la nitroglycérine ou des inhibiteurs des canaux calciques. L'achalasie et le spasme œsophagien nécessitent quelquefois une myotomie chirurgicale ou une dilatation pneumatique.

5. DYSPEPSIE / C. Dubé

5.1 Description

La dyspepsie se rapporte à une douleur ou à un malaise chronique ou récurrent centré sur le haut de l'abdomen. Les patients peuvent décrire ce symptôme comme une « indigestion ». Ils peuvent aussi mentionner d'autres symptômes associés à la dyspepsie : ballonnement, satiété précoce, nausées et vomissements.

La dyspepsie peut être intermittente ou continue et, point important, elle n'est pas nécessairement reliée aux repas.

5.2 Étiologie

Les principales maladies organiques causant une dyspepsie sont l'ulcère gastro-duodénal, le reflux gastro-œsophagien atypique et le cancer gastrique. Jusqu'à 60 % des cas de dyspepsie n'ont pas d'explication précise et sont classés comme dyspepsie fonctionnelle (idiopathique), appelée encore dyspepsie non ulcéreuse. La physiopathologie de la dyspepsie fonctionnelle est incertaine. Divers facteurs, dysfonctionnement gastrique moteur, hypersensibilité viscérale, facteurs psychosociaux ou infection par *Helicobacter pylori*, peuvent intervenir.

5.3 Anamnèse et examen physique

Il est impossible de faire la distinction entre une dyspepsie organique et une dyspepsie fonctionnelle en se fondant uniquement sur la description des symptômes par le patient. La présence d'une douleur épigastrique à l'examen physique ne le permet pas non plus. Il est donc important de chercher des indices d'étiologie organique de la dyspepsie, des caractéristiques dites « alarmantes », par exemple une hémorragie digestive, des symptômes d'anémie, une tendance à l'amaigrissement ou la présence d'une masse épigastrique ou d'une hépatomégalie à l'examen physique. Des signes péritonéaux ou un clapotis gastrique pourraient évoquer respectivement une perforation libre ulcéreuse et une sténose du défilé gastrique.

Un interrogatoire méticuleux aidera aussi à faire la distinction entre la dyspepsie et le reflux gastro-œsophagien (RGO), le syndrome du côlon irritable et la colique biliaire. Jusqu'à un tiers des personnes souffrant de RGO ressentent une douleur ou un malaise épigastrique centré sur l'épigastre. Cependant dans un tel cas, on observe aussi habituellement des symptômes de brûlures d'estomac et de régurgitation, souvent accentués par la position allongée. Il peut se produire aussi un ballonnement et une douleur ou un malaise épigastrique en cas de syndrome du colon irritable. Cependant, on peut généralement écarter la dyspepsie du fait de son association avec des habitudes de défécation modifiées et du soulagement à la défécation. Il ne devrait pas y avoir de confusion possible entre la colique biliaire ou la maladie pancréatique, étant donné la nature épisodique et l'intensité de la douleur, et la dyspepsie, plus prévisible et plus régulière. En fait, les symptômes de dyspepsie sont aussi fréquents chez les patients ayant des calculs biliaires que chez les autres.

5.4 Démarche diagnostique et thérapeutique

Chez un patient jeune, sans symptôme alarmant n'ayant jamais fait l'objet

d'une investigation, on conseille un test non invasif de dépistage de *H. pylori* (p. ex., une sérologie ou un test respiratoire à l'urée) pour déterminer s'il y a une infection. En cas d'infection par *H. pylori* documentée, on recommande un essai de traitement anti-*H. pylori* empirique. En effet, la maladie ulcéreuse cicatrise et la diathèse ulcéreuse est abolie. Si les symptômes ne répondent pas ou reparaissent rapidement ou si des caractéristiques alarmantes se développent, une endoscopie immédiate des voies supérieures est indiquée. Chez le jeune patient sans caractéristique alarmante, dont le test de recherche de *H. pylori* est négatif et dont les symptômes persistent, une solution consiste à choisir un essai thérapeutique par un antisécrétoire (par exemple, un bloqueur H2 ou un inhibiteur de la pompe à protons) ou par un stimulant de la motilité. Si les symptômes persistent ou reparaissent rapidement à l'arrêt du traitement, on recommande une endoscopie. Il convient de noter ici que l'endoscopie est l'examen de choix pour exclure l'ulcération gastro-duodénale, l'œsophagite de reflux et la malignité des voies gastro-intestinales supérieures. Bien que la radiographie digestive haute ait une précision diagnostique plus faible que celle de l'endoscopie, elle est plus accessible et moins coûteuse. Une autre option consiste à procéder à une endoscopie rapide pour tous les patients souffrant de dyspepsie, car, lorsque la possibilité de maladie organique est faible, un tel examen rassure le patient, stratégie dont l'efficacité thérapeutique est démontrée.

L'endoscopie précoce des voies supérieures reste indiquée chez les patients plus âgés qui présentent une dyspepsie nouvelle, du fait que l'incidence de cancer gastrique augmente avec l'âge. On recommande de fixer le seuil à 45 ans. Comme mentionné ci-dessus, les patients qui présentent des symptômes alarmants (p. ex., un amaigrissement, des vomissements récurrents, une dysphagie, des signes d'hémorragie ou une anémie) ou dont les symptômes n'ont pas répondu au traitement empirique devraient faire l'objet d'une endoscopie.

6. NAUSÉES ET VOMISSEMENTS / M.C. Champion

6.1 Synonymes

Haut-le-cœur, envie de régurgiter, de vomir.

6.2 Description

Les nausées constituent une expérience psychique aussi bien que physique, et on ne leur connaît aucune définition précise. Les vomissements sont l'expulsion du contenu gastrique par la bouche. Les nausées précèdent habituellement les vomissements souvent accompagnés de tachycardie, d'hypersalivation et de diaphorèse.

6.3 Mécanisme (figure 1)

Une variété de stimuli peuvent produire des nausées, comme la stimulation labyrinthique, la douleur, des souvenirs déplaisants. Les voies neurologiques liées aux nausées ne sont pas connues, mais les données disponibles suggèrent qu'elles sont les mêmes que celles qui interviennent dans les vomissements. Pendant les nausées, le tonus gastrique et le péristaltisme sont inhibés, tandis que le tonus du duodénum et du jéjunum proximal a tendance à être plus intense; il y a de fréquents reflux du contenu duodénal vers l'estomac.

Les vomissements surviennent lorsque le contenu gastrique remonte avec force dans la gorge pour être expulsé par la bouche. Ils accompagnent une intense contraction soutenue des muscles abdominaux alors que le cardia est soulevé, ouvert, et le pylore, contracté. L'élévation du cardia élimine la portion intra-abdominale de l'œsophage et relâche le sphincter œsophagien inférieur, ce qui permet au contenu de l'estomac de pénétrer dans l'œsophage. L'acte de vomir se termine par l'élévation rapide du diaphragme, et le renversement de la pression thoracique de négative à positive. La glotte se ferme, le palais mou s'élève, la bouche s'ouvre et le contenu de l'estomac est expulsé. La régulation des vomissements relève de deux unités anatomiques et fonctionnelles séparées, le centre du vomissement et une zone chémoréceptrice réflexogène. Le centre du vomissement est situé dans la formation réticulaire du bulbe rachidien et il est stimulé directement par des influx afférents viscéraux (voies sympathique et vague) émanant du tube digestif et d'autres aires de stimulation périphérique. Ces aires de stimulation se trouvent dans le cortex cérébral, le pharynx, les vaisseaux cardiaques, le péritoine, les canaux biliaires et l'estomac. La zone chémoréceptrice réflexogène est située sur le plancher du quatrième ventricule, du côté sanguin de la barrière hématoencéphalique; elle ne peut pas causer de vomissements sans la participation du centre de vomissement.

6.4 Anamnèse et examen physique

Les patients peuvent se plaindre de nausées et d'hypersalivation. Les nausées et les vomissements causés par un trouble gastro-intestinal peuvent s'accompagner de symptômes de brûlures d'estomac ou de douleur épigastrique. Avant de vomir, les patients peuvent avoir des haut-le-cœur (mouvements respiratoires avortés spasmodiques avec glotte fermée).

L'interrogatoire doit chercher à mettre en évidence les facteurs déclenchants, les autres symptômes évocateurs de la cause sous-jacente, la prise de médicaments et les habitudes alimentaires du patient. L'interrogatoire doit aussi rechercher les traumatismes psychologiques ou les perturbations de l'image corporelle suggérant une anorexie mentale.

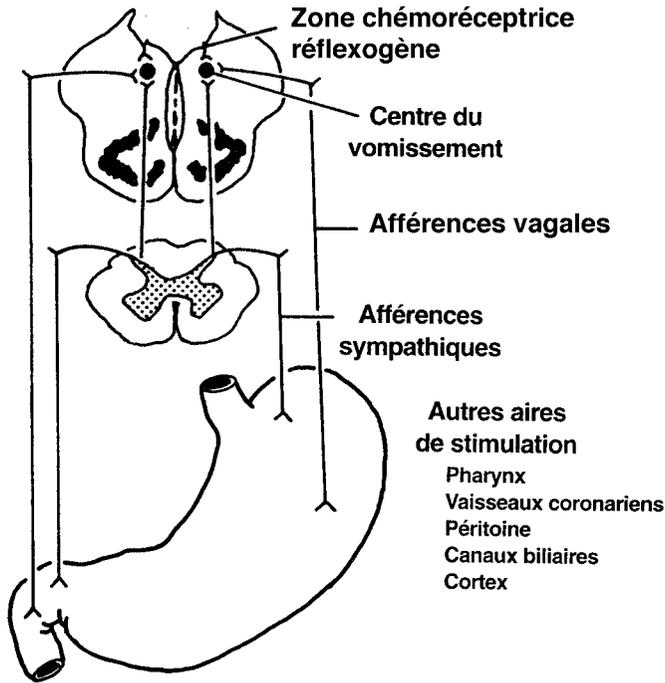


FIGURE 1. Le centre du vomissement et la zone chémoréceptrice réflexogène régissent les vomissements. Les aires de stimulation périphériques envoient des influx afférents viscéraux qui stimulent le centre du vomissement.

L'examen physique est souvent normal. Une masse abdominale peut évoquer une cause sous-jacente (p. ex. le cancer gastrique). Des vomissements prolongés risquent d'entraîner la déshydratation, des troubles électrolytiques et une atteinte rénale.

6.5 Diagnostic différentiel

Les nausées prolongées ont rarement une origine organique. Les causes des nausées et des vomissements sont nombreuses, notamment les troubles intracérébraux (p. ex. l'hydrocéphalie, la tumeur cérébrale), l'excitation des aires de stimulation périphériques (p. ex. la douleur thoracique intense ou la douleur associée aux calculs rénaux), une maladie systémique (p. ex. le cancer),

la prise de médicaments et la grossesse. Les maladies digestives hautes associées (l'œsophagite, l'ulcère gastro-duodéal, le cancer gastrique) sont des causes courantes. Les nausées et les vomissements tôt le matin suggèrent une grossesse, un reflux gastro-œsophagien, un sevrage alcoolique, un désordre métabolique (p. ex. l'urémie, l'acidose diabétique) ou une origine psychogène.

6.6 Démarche diagnostique et thérapeutique

Chez un patient souffrant de nausées et de vomissements, il convient de rechercher et de corriger toute cause sous-jacente. Des vomissements prolongés peuvent mener à une déshydratation et à des désordres électrolytiques susceptibles d'exiger des remplacements par voie intraveineuse. La prise de médicaments doit être interrompue.

De nombreux médicaments possèdent une action antiémétique. Les anti-histaminiques agissent sur l'appareil vestibulaire ainsi que sur la zone chémoréceptrice réflexogène. Les phénothiazines exercent aussi leur action sur cette zone. Le métoclopramide, la dompéridone et le cisapride monohydrate sont tous trois des agents antiémétiques et procinétiques gastriques (agents qui stimulent la vidange de l'estomac). La dompéridone exerce son action sur la zone chémoréceptrice réflexogène, tandis que le métoclopramide traverse la barrière hémato-encéphalique et agit sur le centre du vomissement. Le cisapride, un agent procinétique plus récent, n'a aucun effet sur la zone chémoréceptrice réflexogène ni sur le centre du vomissement. Comme les autres agents procinétiques, il peut soulager la nausée et les vomissements si ces derniers sont dus à une stase gastrique ou à une gastroparésie.

7. ANOREXIE / M.C. Champion

7.1 Description

L'anorexie est le manque (ou la perte) d'appétit. L'anorexie est un symptôme courant et important, mais non spécifique. Elle peut se manifester en présence d'un trouble organique ou psychologique. L'anorexie et la perte de poids peuvent être les signes précoces d'un cancer.

7.2 Mécanisme

L'hypothalamus joue un rôle majeur dans la régulation de la prise d'aliments. On a cru pendant un certain temps qu'il existait dans l'hypothalamus un « centre de la satiété » et un « centre de l'appétit » qui assuraient la régulation fondamentale de l'ingestion de nourriture. On croyait que la stimulation du centre de la satiété inhibait le centre de l'appétit et les contractions gastriques de la faim. Le centre de l'appétit était considéré comme un poste d'intégration coordonnant les réflexes complexes associés avec la prise d'aliments. Maintenant,

toutefois, on pense que la régulation de l'appétit est le résultat de multiples interactions neuropharmacologiques dans l'hypothalamus plutôt que l'effet d'un centre de satiété et d'un centre de l'appétit distincts.

7.3 Anamnèse et examen physique

L'anamnèse doit déceler les autres symptômes pouvant suggérer un trouble organique ou psychologique sous-jacent. Le compte des calories est en outre utile pour évaluer l'apport alimentaire réel. Il faut aussi établir la gravité et la durée de la perte de poids.

L'examen physique peut se révéler normal, à l'exception des signes d'amaigrissement. Il peut déceler un problème organique sous-jacent comme une insuffisance cardiaque ou un cancer.

7.4 Diagnostic différentiel

La perte d'appétit s'observe dans de nombreuses maladies (sinon dans la plupart), à partir de la maladie gastrointestinale jusqu'au cancer, à l'insuffisance rénale chronique, à l'insuffisance cardiaque congestive et à de nombreux troubles psychiatriques, comme la dépression et l'anorexie mentale.

7.5 Démarche diagnostique

Les examens diagnostiques doivent exclure la possibilité d'une maladie organique et la démarche diagnostique dépend des symptômes et des signes présents chez le patient. Si aucune affection physique n'est décelée, il faut rechercher minutieusement la possibilité d'un trouble psychique.

8. GAZ INTESTINAUX ET BALLONNEMENT / W.G. Thompson

8.1 Synonymes et termes connexes

Météorisme, flatulence, distension gazeuse, éructations, rots, rapports, borborogmes, « pets » et flatuosités.

Les termes gaz intestinaux et ballonnement recouvrent trois phénomènes qui ne sont pas liés. Les *gaz intestinaux* constituent un phénomène physiologique dû à la production de gaz par les bactéries du côlon. L'éructation excessive est associée à l'*aérophagie* (déglutition d'air). Il s'agit également d'une manifestation physiologique qui peut toutefois devenir exagérée si l'habitude en est prise. Le mécanisme du *ballonnement* est inconnu. Ces phénomènes n'ont pas de lien entre eux malgré qu'ils se produisent souvent ensemble.

8.2 Gaz intestinaux, pets, flatulence, flatuosités

8.2.1 MÉCANISME

L'émission de gaz par l'anus est un phénomène d'excrétion physiologique.

Normalement, l'intestin contient de 100 à 200 mL de gaz. En moyenne, une personne ayant une alimentation normale émet environ 1 L de gaz par jour. Nous en émettons en moyenne de 50 à 500 mL, 13,6 fois par jour, bien qu'il existe une grande variation d'une personne à une autre et d'une fois à une autre. Ceux qui sont sujets à produire une plus grande quantité de gaz ou qui sont trop sensibles peuvent en souffrir sur le plan social. La majeure partie du gaz émis vient du côlon. Certains glucides, tels que la cellulose, les glycoprotéines et d'autres matières ingérées qui ne sont pas assimilées dans l'intestin grêle, arrivent intacts dans le côlon et les bactéries qui y sont présentes les digèrent et produisent de l'hydrogène, du gaz carbonique, du méthane et des traces d'autres gaz.

La flore intestinale varie selon les personnes. Certaines bactéries produisent de l'hydrogène, alors que d'autres en consomment. Chez une personne sur trois, un organisme appelé *Methanobrevibacter smithii* transforme l'hydrogène en méthane. La présence de ce micro-organisme et la capacité de produire du méthane sont le résultat de la flore intestinale d'un individu. Les conjoints n'ont pas nécessairement tous deux cette caractéristique. Un autre produit de fermentation, le gaz carbonique, est aussi libéré lorsque l'acide chlorhydrique réagit avec le bicarbonate dans l'intestin. Toutefois, ce gaz est rapidement réabsorbé. L'hydrogène, le gaz carbonique, le méthane et l'azote dégluti représentent 99 % des gaz du côlon. Le 1 % qui reste est composé de traces de gaz dont la forte odeur contrebalance la faible quantité. Les gaz malodorants comprennent le sulfure d'hydrogène, l'ammoniac commun, le scatole, l'indole et des acides gras volatils.

Les *borborygmes* désignent les bruits produits lorsque l'air et les liquides se déplacent dans l'intestin. Les ballonnements ne sont pas causés par une quantité excessive de gaz.

8.3 Aérophagie

8.3.1 MÉCANISME

Au moment de l'inspiration, la pression intra-œsophagienne normalement négative aspire l'air ambiant. Une inspiration forcée lorsque la glotte est fermée (trachée fermée intentionnellement) aspire encore plus d'air. Lorsque la pression intra-œsophagienne augmente au moment de l'expiration, l'air peut être expulsé. Les adolescents adorent choquer leurs aînés par des éructations volontaires. Sur le plan pratique, ceux qui ont perdu leur larynx en raison d'un cancer apprennent à utiliser ce moyen, la voix œsophagienne, pour s'exprimer. De manière plus générale, l'aérophagie est une habitude indésirable qui peut se prendre ou se perdre et elle se manifeste par des éructations répétées en réponse à d'autres symptômes intestinaux.

De l'air est ingéré à chaque déglutition, peut-être davantage avec des aliments. Les patients nerveux qui subissent une radiographie de l'abdomen accumulent une plus grande quantité de gaz intestinaux que ceux qui sont plus détendus. Les autres mécanismes de l'aérophagie comprennent la succion du pouce, la mastication de gomme à mâcher, l'ingestion de boissons gazeuses, le fait de manger trop rapidement et le port de prothèses dentaires mal ajustées. Le gaz de l'estomac a la même composition que l'air ambiant.

Dans l'achalasie, où le sphincter œsophagien inférieur ne peut se relâcher, l'estomac ne contient pas de gaz. Dans les cas d'occlusion intestinale ou de fistule gastro-colique, les gaz du côlon atteignent l'estomac. Parfois, la stase gastrique permet une prolifération bactérienne, ce qui produit de l'hydrogène dans l'estomac. Normalement, le gaz de l'estomac est de l'air dégluti.

8.3.2 MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'AÉROPHAGIE

L'éructation est l'émission bruyante, par la bouche, de gaz venant de l'estomac. Le terme *rot* désigne le même phénomène. Une éructation après un repas copieux est l'émission physiologique d'air provenant de l'estomac. La paroi musculaire de l'estomac peut s'étirer pour recevoir les aliments, ce qui cause un malaise sans grande augmentation de la pression intragastrique. Or, une éructation après le repas soulage cette gêne. Certaines personnes semblent particulièrement sensibles à l'augmentation de la pression intragastrique. Les personnes qui souffrent de gastro-entérite, de pyrosis ou d'ulcères déglutissent plus fréquemment. Si la libération de gaz soulage temporairement la sensation de distension, il peut s'installer un cycle de déglutition d'air et d'éructations qui se poursuivent parfois longtemps après que la gêne initiale a été oubliée.

Évidemment, l'émission de gaz est importante; ceux qui en sont incapables pourront en témoigner. Lorsque le sphincter œsophagien inférieur est renforcé par une intervention chirurgicale anti-reflux, l'éructation peut devenir impossible. Les patients alités, tels ceux qui se rétablissent d'une opération, peuvent avoir de l'air emprisonné dans l'estomac. En position couchée sur le dos, le contenu de l'estomac bloque la jonction œso-gastrique de telle sorte que l'air ne peut sortir à moins que le sujet ne se couche sur le ventre.

Un patient peut prétendre que son estomac produit une quantité prodigieuse de gaz, alors qu'en réalité l'air est simplement aspiré dans l'œsophage pour être ensuite expulsé. Une faible quantité de cet air peut même se rendre jusqu'à l'estomac. Certaines personnes peuvent éructer à volonté et l'inspiration contre une glotte fermée peut être observée. Dans la plupart des cas, ceux qui sont affligés de cette habitude sont soulagés lorsqu'on le leur signale mais certains demeurent incrédules. Se défaire de cette habitude est souvent difficile. L'éructation répétée incoercible est appelée *eructio nervosa*.

8.4 Ballonnement abdominal fonctionnel

8.4.1 MÉCANISME

Ceux qui se plaignent de ballonnement et de distension sont souvent convaincus que ces derniers sont dus à un excès de gaz intestinaux. Bien que cette sensation puisse provoquer une aérophagie, elle en est rarement le résultat. L'émission de gaz par l'anus peut temporairement soulager le ballonnement, mais la production de gaz intestinaux n'en est pas la cause. Les recherches ont démontré que le volume des gaz chez les personnes qui se plaignent de ballonnement n'est pas anormal. Malgré une distension visible, les rayons X et la tomодensitométrie ne révèlent pas d'accumulation de grandes quantités de gaz intestinaux. La distension disparaît pendant le sommeil et au cours d'une anesthésie générale.

Une hypersensibilité intestinale peut expliquer la sensation de ballonnement abdominal. L'intestin hypersensible perçoit une sensation de plénitude à un degré de remplissage plus faible que la normale et les muscles abdominaux se relâchent pour s'adapter à la distension ressentie. L'estomac est distendu et perçoit une distension causée par des quantités normales d'air.

Chez les patientes atteintes du syndrome du côlon irritable qui se plaignent de distension, le volume de l'abdomen peut augmenter de 3 à 4 cm en une période de 8 heures. La tomодensitométrie a démontré une modification de ce profil malgré l'absence de changement du contenu en gaz ou de leur distribution. On n'observe pas de modification correspondante chez les témoins normaux. Parfois, on note une augmentation de lordose lombaire (colonne vertébrale arquée). Lorsque des femmes font délibérément ressortir leur abdomen, la forme est différente de celle qu'on observe en présence d'un ballonnement; un mécanisme conscient ne peut donc pas expliquer l'augmentation du volume abdominal. Peut-être les muscles abdominaux sont-ils affaiblis. La réalité du phénomène est indiscutable, mais le mécanisme demeure un mystère.

8.4.2 TABLEAU CLINIQUE

Le ballonnement se produit chez 30 % des adultes et il est fréquent chez 10 % d'entre eux. Parmi ceux qui souffrent du syndrome du côlon irritable et de dyspepsie, les proportions sont beaucoup plus élevées. C'est souvent la manifestation qui dérange le plus les patients atteints de ces troubles. Généralement, l'abdomen est plat au réveil mais la distension s'accroît progressivement au cours de la journée pour ne disparaître que durant le sommeil. Les femmes se plaignent de devoir desserrer leurs vêtements et se comparent parfois à une femme enceinte de six mois. Bon nombre de sujets signalent que le ballonnement survient rapidement, dans certains cas en moins d'une minute. Il est souvent aggravé par l'ingestion d'aliments et soulagé lorsque les personnes s'allongent. Les menstruations et le stress ont un effet aggravant

dans quelques cas. En général, c'est dans la partie inférieure de l'abdomen que la sensation est le plus évidente, mais de nombreux sujets rapportent une sensation localisée dans la région ombilicale ou dans tout le ventre.

8.4.3 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le ballonnement observable a été appelé *ballonnement non gazeux hystérique*, *pseudotumeur* ou *grossesse nerveuse* (fausse grossesse). Si la distension est présente au moment de l'examen (plus probable vers la fin de la journée), mais non en d'autres moments, le phénomène est vraisemblablement fonctionnel. Il n'y a pas de tympanisme abdominal pouvant indiquer la présence de gaz intestinaux et parfois l'abdomen distendu peut être confondu avec une ascite ou avec une tumeur.

Le ballonnement est souvent associé avec la dyspepsie ou le syndrome du côlon irritable. Il ne constitue pas en soi le symptôme d'une maladie organique et ne devrait donner lieu à aucun examen. Dans l'occlusion intestinale ou l'iléus postopératoire (intestin paralysé), les gaz s'accumulent et distendent l'intestin, ce qui provoque une gêne et une douleur. Dans ces cas, il y a d'autres signes et symptômes permettant d'établir le diagnostic.

9. CONSTIPATION / C. DUBÉ ET W.G. THOMPSON

9.1 Synonymes

Défécation laborieuse, paresse intestinale.

9.2 Description

La constipation défie toute définition précise. Qu'entend-on par fréquence « normale » des selles? Pour 95 % de la population ou plus, la fréquence des défécations peut varier entre trois fois par jour et trois fois par semaine. Certains considèrent comme normale une fréquence inférieure à trois défécations par semaine qui n'entraîne aucun malaise ni insatisfaction. L'effort requis pour évacuer les selles et la consistance des selles sont probablement des éléments plus importants. Le consensus serait que la constipation consiste en des selles dures et difficiles à évacuer, même si la défécation est quotidienne. La nécessité de fournir plus d'une fois sur quatre un effort exagéré pour évacuer les selles est une façon de définir la constipation. En d'autres termes, la constipation est définie comme des symptômes persistants d'évacuation difficile, en particulier d'efforts à la défécation, de selles excessivement dures, d'envies improductives, de fréquence faible et de sensation d'évacuation incomplète.

9.3 Mécanisme

La constipation peut être due à des affections coliques primaires, telles des lésions occlusives du côlon, un syndrome du côlon irritable ou une constipation

idiopathique à transit lent. Elle peut être aussi causée par des affections systémiques, endocriniennes (diabète, hypothyroïdie), métaboliques (hypo ou hypercalcémie), neurologiques (sclérose en plaques, maladie de Parkinson), musculaires (sclérose systémique, dystrophie myotonique) ou médicamenteuses (opiacés, anticholinergiques, antihypertenseurs). Le genre de constipation le plus commun est associé au syndrome du côlon irritable (tableau 1).

Une défécation correcte requiert un transit normal dans le côlon proximal, une réponse gastro-colique aux repas intacte et des mécanismes de défécation normaux, faisant intervenir 1) le réflexe de défécation (c.-à-d., la présence de selles dans le rectum pour déclencher la réponse d'évacuation du sphincter interne), 2) la relaxation coordonnée du muscle pubo-rectal et du sphincter anal externe, 3) une anatomie fonctionnelle adéquate de la sortie rectale, ainsi que 4) une augmentation de la pression intra-abdominale et 5) l'inhibition de l'activité de segmentation colique. Un échec à un niveau quelconque de la fonction colorectale peut donc aboutir à la constipation.

9.4 Points importants de l'anamnèse et de l'examen physique

Il est important de procéder à une étude détaillée de l'alimentation du point de vue des apports quotidiens de fibres et de liquides, ainsi que des habitudes de repas : la majorité des patients constipés ne prennent pas de petit-déjeuner, important pour déclencher la réponse gastro-colique. Les handicaps physiques et l'alitement contribuent aussi à la constipation. Il convient d'examiner la liste des médicaments et de rechercher les antécédents de prise prolongée de cathartiques, en particulier sous la forme de remèdes à base de plantes ou de tisanes. Les symptômes évocateurs de syndrome de côlon irritable, c'est-à-dire, ballonnement, douleurs abdominales, alternance de diarrhée et de constipation, devraient faire l'objet d'une investigation. Les antécédents comprennent aussi les symptômes reliés à la descente pelvienne, par exemple l'incontinence à l'effort. Un amaigrissement, un début de constipation récent, la présence de sang dans les selles et des facteurs de risque de cancer colorectal devraient évoquer la possibilité d'un cancer occlusif.

À l'examen physique, il convient de noter la présence d'une distension abdominale ou de selles palpables dans le quadrant inférieur gauche ou dans le côlon plus proximal. L'examen rectal permet d'identifier des fissures ou des hémorroïdes qui peuvent causer la constipation ou que celle-ci peut causer. Un orifice anal relâché ou asymétrique peut suggérer un trouble neurologique avec altération de la fonction sphinctérienne, tandis que la présence de selles dans le rectum peut suggérer un affaiblissement du réflexe de défécation.

9.5 Démarche diagnostique

Un examen à l'aide d'un sigmoidoscope (ou rectoscope) souple ou rigide

TABLEAU 1. Quelques causes de constipation chronique

<i>Maladies primaires du côlon</i>	<i>Pharmacologiques</i>
Sténose	Opiacés
Cancer	Antidépresseurs
Fissure anale	Antispasmodiques
Proctite	Antagonistes des canaux calciques
Syndrome du côlon irritable	Fer
Constipation idiopathique par transit lent	Abus des laxatifs
<i>Dyssynergie du plancher pelvien</i>	<i>Troubles neurologiques et musculaires</i>
<i>Troubles métaboliques</i>	Maladie de Parkinson
Hypercalcémie	Lésion de la moelle épinière
Hypocalcémie	Sclérose en plaques
Hypothyroïdie	Neuropathie autonome
Diabète	Maladie de Hirschsprung
Grossesse	Sclérose systémique
	Dystrophie myotonique

s'impose pour éliminer la possibilité de maladies locales comme des fissures, des fistules ou une proctite distale. De nombreux cancers peuvent être diagnostiqués par sigmoïdoscopie. Cette technique peut aussi déceler la mélanose colique, pigmentation de la muqueuse rectale qui témoigne d'un usage chronique de laxatifs.

Si la personne constipée a plus de 40 ans, qu'elle a beaucoup maigri et qu'il y a présence de sang ou de pus dans les selles, on devra effectuer une colonoscopie pour éliminer la possibilité de cancer, de polypes ou de maladie de Crohn du côlon. Un lavement baryté peut être utile pour évaluer un mégarectum ou un mégacôlon, mais on risque de manquer des lésions du rectum distal; on ne doit donc pas négliger de faire un examen au sigmoïdoscope.

Une étude du transit intestinal peut s'avérer utile. Après avoir fait ingérer au patient une vingtaine de marqueurs radiologiques, on effectue jour après jour une radiographie simple de l'abdomen. Si 80 % des marqueurs disparaissent en cinq jours, le transit est jugé normal. Si le transit est plus lent, la position des marqueurs peut faciliter la distinction entre l'inertie colique et un trouble anorectal. Des examens plus complexes, telles la manométrie anorectale et la défécographie, s'imposent alors.

9.6 Démarche thérapeutique

Un traitement de la constipation requiert d'éduquer le patient sur la grande variabilité des habitudes intestinales dans la population en général, sur la nature bénigne de l'affection une fois les examens appropriés faits, sur les

changements alimentaires requis et sur l'utilisation judicieuse des laxatifs. Parmi les changements alimentaires il faut souligner la prise d'au moins trois repas par jour, le premier au lever. Le patient devrait ingérer une quantité adéquate de liquides, par exemple 6 à 8 tasses par jour, et adopter un régime riche en fibres, soit par l'ingestion de fibres alimentaires ou de céréales, soit par l'ajout d'agents augmentant le volume du bol fécal. La quantité quotidienne de fibres alimentaires recommandée est de 20 à 35 g.

Une constipation chronique intense peut obliger à recourir à la prise quotidienne d'un agent osmotique, tels le lactulose et le sorbitol, d'une solution de polyéthylène glycol ou d'un agent pharmacologique comme le tegaserod. Il convient d'éviter d'utiliser à long terme des laxatifs stimulants, tels le bisacodyl et le séné.

10. DIARRHÉE / W.G. THOMPSON

10.1 Synonymes

Flux, « va-vite », « courante ».

10.2 Description

La meilleure description de la diarrhée est l'évacuation trop fréquente de selles trop liquides (non formées). La diarrhée s'accompagne souvent d'un besoin impérieux et, parfois, d'incontinence. En présence d'un patient se plaignant de diarrhée, il faut tenir compte des éléments suivants : fréquence des selles (plus de trois défécations par jour), consistance (liquides ou aqueuses), besoin impérieux, volume (plus de 200 g par jour), et durée du trouble (continue ou intermittente). La persistance d'une défécation impérieuse et de selles abondantes, liquides et fréquentes traduit très probablement une atteinte pathologique. Des symptômes moins prononcés et intermittents signifient vraisemblablement un trouble fonctionnel.

10.3 Mécanismes

La diarrhée est causée par un ou plusieurs des cinq mécanismes suivants : attraction osmotique d'un surplus d'eau dans la lumière intestinale, sécrétion d'un excès de liquide dans l'intestin (ou diminution de l'absorption), exsudation de liquide par une muqueuse intestinale enflammée, transit gastro-intestinal rapide et stéatorrhée.

La diarrhée *osmotique* survient lorsque la pression osmotique du contenu intestinal est supérieure à celle du sérum. Elle peut résulter d'une malabsorption des graisses, comme dans la maladie coeliaque où les protéines et les sucres sont perdus dans la lumière intestinale, ou d'une malabsorption du lactose, par exemple lorsqu'il y a une carence intestinale en lactase. Certains laxatifs, comme le lactulose et l'hydroxyde de magnésium, exercent leur effet purgatif

principalement grâce à l'osmose. Certains édulcorants artificiels, comme le sorbitol et le mannitol, ont une action similaire. La diarrhée osmotique cesse de façon caractéristique lorsque le patient jeûne.

La diarrhée *sécrétoire* survient lorsqu'il y a une nette sécrétion d'eau dans la lumière intestinale. Cela peut survenir en présence de toxines bactériennes comme celles que produisent *E. coli* et *Vibrio cholerae* ou d'hormones comme le peptide intestinal vasoactif (VIP ou *vaso-active intestinal peptide*) produit par de rares tumeurs des îlots pancréatiques (choléra pancréatique, ou choléra endocrinien). Ces substances entraînent l'activité de l'adényl-cyclase dans les entérocytes (cellules épithéliales intestinales), accroissent l'AMP cyclique et déclenchent la sécrétion intestinale. Un effet semblable peut résulter d'un excès de sels biliaires dans le côlon (entéropathie cholérétique) et de l'effet purgatif d'acides gras hydroxylés provenant de l'action bactérienne sur les graisses non absorbées. Cette diarrhée ne diminue pas même si le sujet jeûne. Les diarrhées osmotique et sécrétoire résultent d'anomalies de l'intestin grêle qui font en sorte que le flux aqueux qui traverse la région iléo-cæcale excède la capacité d'absorption du côlon.

La diarrhée *exsudative* résulte directement d'une lésion de la muqueuse de l'intestin grêle ou du côlon; elle perturbe l'absorption des sels de sodium et de l'eau et produit une exsudation de protéines sériques, de sang et de pus. Les affections digestives infectieuses ou inflammatoires causent ce genre de diarrhée.

L'*accélération du transit intestinal* peut entraîner de la diarrhée (p. ex. l'hyperthyroïdie). Le transit rapide empêche l'absorption de l'eau par le tube digestif, et il s'ensuit de la diarrhée.

Dans la plupart des cas, la diarrhée est causée par au moins deux de ces quatre mécanismes. Ces concepts pathogènes sont donc rarement utiles dans le diagnostic.

10.4 Points importants de l'anamnèse et caractéristiques de l'examen physique

Il importe d'établir la fréquence des selles, leur aspect, leur volume et la durée de la diarrhée. Si la diarrhée dure depuis moins de deux semaines, il est probable qu'elle résulte d'une infection ou d'une toxine. Par contre, de nombreux épisodes diarrhéiques antérieurs peuvent indiquer une maladie inflammatoire récidivante de l'intestin. La fréquence des selles donne un aperçu de la gravité; il faut aussi déterminer s'il y a incontinence ou non. Pour inciter le patient à révéler tous ces détails pertinents, il faudra peut-être recourir à des questions directes. Un trouble de malabsorption entraîne souvent des selles nauséabondes contenant des gouttelettes d'huile. Des antécédents de carence en nutriments, d'anémie ou d'amaigrissement laissent supposer une malabsorption.

Une diarrhée aqueuse, particulièrement lorsqu'elle est abondante, suggère la présence d'une affection de l'intestin grêle. Cependant, un adénome villositaire de grande taille dans le côlon distal peut aussi causer une diarrhée aqueuse. La présence de sang ou de pus dans les selles suggère une diarrhée exsudative, diarrhée souvent peu abondante et indiquant une colite. Des selles liquides, entrecoupées de selles normales ou même de constipation, corroborent la présence d'un syndrome du côlon irritable.

Les causes de la diarrhée sont nombreuses; on en trouvera un résumé dans le tableau 2. Une perte de poids et un état de malnutrition prononcée chez un sujet jeune évoquent un syndrome de malabsorption causé par une affection de l'intestin grêle ou du pancréas, ou par une maladie inflammatoire de l'intestin. Des troubles métaboliques, comme l'hyperthyroïdie ou l'abus d'antiacides ou de laxatifs contenant du magnésium, peuvent aussi causer une diarrhée chronique.

Les voyages en pays tropicaux peuvent être compromis par ce qu'il est convenu d'appeler la diarrhée des voyageurs. La cause la plus courante de ce trouble est une souche toxigène d'*E. coli* (cette souche est qualifiée de toxigène car elle produit une toxine). Diverses infestations intestinales peuvent toutefois être contractées lors de voyages à l'étranger. La colite pseudomembraneuse peut survenir dans les quelques semaines qui suivent une antibiothérapie. Les infections à *Campylobacter* ou les cryptococcoses peuvent être propagées par des animaux de compagnie. L'eau contaminée peut causer la giardiase, l'amibiase ou la cryptococcose. L'usage chronique d'alcool peut endommager la muqueuse de l'intestin grêle. Les diabétiques font souvent de la diarrhée, en raison d'une neuropathie autonome parfois accompagnée de pullulation bactérienne.

Enfin, il est essentiel de déterminer si le patient est homosexuel ou non. Presque tous les germes pathogènes gastrointestinaux habituels peuvent se propager au cours de relations homosexuelles, y compris les lymphogranulomes vénéériens et les gonocoques. Les homosexuels sont exposés non seulement au « syndrome intestinal des homosexuels », mais aussi aux complications gastro-intestinales du sida.

10.5 Diagnostic différentiel et traitement

Une diarrhée aiguë d'apparition récente nécessite la recherche minutieuse de cellules de pus dans les selles, la culture bactérienne des selles, ou la recherche d'œufs et de parasites lorsqu'on soupçonne la présence de protozoaires. La recherche de virus est importante chez les nourrissons, et des examens spéciaux s'imposent en présence du sida.

Le diagnostic différentiel d'une diarrhée chronique est très complexe. Une anamnèse minutieuse constitue souvent l'outil diagnostique le plus important. L'examen initial des patients doit comporter au moins une sigmoïdoscopie

TABLEAU 2. Causes de la diarrhée chronique reliées à la région anatomique

Estomac

Syndrome de chasse

Intestin grêle

Maladie cœliaque

Lymphome

Maladie de Whipple

Infection parasitaire (*Giardia lamblia*)

Anomalies de la motilité des voies intestinales accompagnées de pullulation bactérienne (sclérodermie, amyloïde, diabète, hyperthyroïdie)

Côlon

Adénome vilieux (adénocarcinome)

Maladie inflammatoire de l'intestin (colite ulcéreuse, maladie de Crohn)

Côlon irritable (phase diarrhéique)

Diarrhée fonctionnelle

Infections liées au sida

Pancréas

Pancréatite chronique

Nésidioblastome

 Sécrétions de gastrine

 Sécrétions de polypeptide intestinal vasoactif

Médicaments

Antiacides

Antibiotiques

Alcool

Antimétabolites

Laxatifs

Digitale

Colchicine

Sorbitol, fructose

De nombreux autres médicaments

Métabolisme

Hyperthyroïdie

Hypoparathyroïdie

Maladie d'Addison

Diabète

Syndrome carcinoïde

pour éliminer la possibilité d'une atteinte localisée du côlon. Si l'on soupçonne une diarrhée ayant son origine dans l'intestin grêle, la détermination quotidienne (pendant trois jours consécutifs) du poids des selles et de leur teneur en graisses

s'impose. Une stéatorrhée ou des selles de plus de 500 g par jour traduisent vraisemblablement une maladie de l'intestin grêle ou du pancréas. Des selles de volume moindre, en particulier lorsqu'elles s'accompagnent de sang, suggèrent une inflammation du côlon.

11. MALNUTRITION / D.G. PATEL

11.1 Description

La nutrition peut se définir comme un processus selon lequel un organisme utilise les aliments ingérés. Ce processus complexe comporte plusieurs étapes : l'ingestion, la digestion, l'absorption, le transport, l'utilisation et l'excrétion. Toute perturbation d'une ou de plusieurs de ces étapes peut engendrer la malnutrition. Dans l'ensemble, la malnutrition primaire par un apport alimentaire insuffisant constitue la cause de malnutrition la plus courante. En Occident, la malnutrition est principalement due à un apport inadéquat de nutriments, à la malabsorption ou à l'hypercatabolisme chez un patient gravement malade. Le rôle de la malnutrition protéinoénergétique est de plus en plus reconnu dans les troubles nutritionnels, comme l'anorexie mentale.

11.2 Mécanisme

La malnutrition liée aux troubles gastro-intestinaux est habituellement multifactorielle, et varie selon la nature et les effets de la maladie.

1. Absence d'apport alimentaire attribuable à l'anorexie ou symptômes liés aux aliments, comme la dysphagie, la douleur ou les vomissements.
2. Mauvaise digestion due à une atteinte pancréatique. La carence en sels biliaires imputable à une maladie hépatobiliaire cholestatique ou à un trouble iléal entraîne une mauvaise digestion des triglycérides et des vitamines liposolubles. La stéatorrhée (malabsorption des graisses) engendre un bilan calorique négatif et une carence en vitamines liposolubles.
3. Malabsorption due à une atteinte de la muqueuse de l'intestin grêle ou à une diminution de sa surface d'absorption, en raison d'un court-circuit intestinal, d'une fistule ou d'une résection.
4. Perte excessive de nutriments, comme dans les cas d'entéropathie exsudative et perte de zinc dans les cas de maladies diarrhéiques.
5. Certains agents thérapeutiques pouvant perturber de façon sélective l'utilisation des nutriments; l'usage de cholestyramine, par exemple, pour contrer une diarrhée déclenchée par les acides biliaires peut aggraver la stéatorrhée.
6. L'alcoolisme, cause extrêmement courante de malnutrition en Occident. Les conditions socio-économiques, les troubles de comportement,

l'isolement et la dépression entraînent une diminution de l'apport de nutriments. Les alcooliques ont rarement un régime alimentaire équilibré et dépendent très fortement des calories « vides » de l'alcool. Les carences en protéines et en vitamines, en particulier en vitamines du groupe B, sont extrêmement courantes. L'alcool est un agent toxique susceptible d'entraîner, même en présence d'un apport nutritionnel adéquat, des lésions du pancréas, du foie et de la muqueuse de l'intestin grêle qui aggravent la malnutrition.

11.3 Signes de malnutrition

1. La perte de poids en l'absence d'œdème est un bon indice de carence énergétique.
2. La fonte musculaire, en particulier dans la région temporale et le dos de la main, entre le pouce et l'index, suggère une carence protéino-calorique.
3. La peau sèche et squameuse accompagnée de pigmentation résulte d'une carence en vitamines et en oligo-éléments.
4. La fissure à l'angle de la bouche (chéilite) est due à une carence en riboflavine.
5. La glossite et l'atrophie des papilles linguales sont dues à une carence en vitamine B₁₂, en folates ou en fer.
6. L'hépatomégalie peut être causée par un foie gras, indice courant de malnutrition protéique ou d'alcoolisme.
7. La neuropathie périphérique (diminution du sens de position), la diminution du sens vibratoire et l'ataxie peuvent être causées par une carence en vitamine B₁₂.
8. La faiblesse et la paresthésie des membres sont des symptômes de polyneuropathie nutritionnelle, en particulier chez les alcooliques (carence en thiamine ou en pyridoxine).
9. Anémie due à une carence en fer, en folates ou en vitamine B₁₂, ou à des troubles chroniques.
10. Œdème périphérique (en relation avec l'hypoalbuminémie).
11. Hypoalbuminémie.

12. ABDOMEN AIGU / J.M. WATTERS

12.1 Description

L'expression *abdomen aigu* décrit plus précisément une douleur abdominale ainsi que des symptômes et des signes assez intenses pour faire envisager une affection intra-abdominale grave. La douleur peut durer depuis 72 heures ou n'avoir commencé que quelques heures plus tôt. Étant donné que certains

patients atteints d'abdomen aigu doivent être réanimés et recevoir un traitement chirurgical immédiat, il est essentiel de poser un diagnostic dès que possible. L'objectif initial n'est pas tant de poser un diagnostic définitif que d'identifier les patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale rapide.

12.2 Mécanisme

La douleur abdominale aiguë peut irradier à la paroi abdominale à partir des organes intra-abdominaux (douleur viscérale) ou peut résulter de la stimulation directe des nerfs somatiques dans la paroi abdominale (douleur somatique). L'innervation des viscères est bilatérale et la douleur viscérale n'est généralement pas latéralisée. La douleur provenant de l'intestin antérieur (*foregut*) est typiquement épigastrique; la douleur provenant de l'intestin moyen (*midgut*) est ombilicale; la douleur provenant de l'intestin postérieur (*hindgut*) est ressentie dans la région hypogastrique. La douleur des organes pairs se limite à un côté du corps. La douleur viscérale naît d'une tension dans la paroi intestinale (p. ex. distension ou forte contraction), d'une traction mésentérique ou d'une irritation de la muqueuse ou de la séreuse intestinale (p. ex. ischémie, irritation chimique ou contamination bactérienne).

Le siège de la douleur somatique est généralement plus précis que celui de la douleur viscérale et correspond plus directement au site anatomique de la pathologie sous-jacente. Occasionnellement, la douleur irradie à l'abdomen à partir de sites extra-abdominaux (p. ex. pneumonie du lobe inférieur). Exceptionnellement, une douleur abdominale aiguë découle d'une maladie systémique (p. ex. acidocétose diabétique). Il se produit une douleur somatique en cas de stimulation de récepteurs de la douleur dans le péritoine et la paroi abdominale.

12.3 Anamnèse

L'emplacement premier et le type de douleur abdominale aiguë, de même que leur évolution, fournissent des indices utiles quant au caractère et à l'emplacement de la pathologie sous-jacente. À défaut de signes plus flagrants, des antécédents de douleur intensifiée par le mouvement (par exemple la marche à pied ou la balade en voiture) favorisent un diagnostic de péritonite. Une douleur à la fois forte et constante s'accompagne d'un pronostic plus sombre qu'une douleur de type colique. Une douleur intense, commençant soudainement, peut annoncer un trouble grave (par exemple la perforation d'un ulcère, l'embolie ou la thrombose d'une artère mésentérique ou la rupture d'un anévrisme de l'aorte). Une douleur de type colique correspond aux ondes péristaltiques et soit s'atténue, soit disparaît entre les ondes. À titre d'exemples de ce type de douleur: la douleur abdominale intermittente; la douleur ombilicale de l'occlusion non compliquée du grêle; et la douleur lombaire

intermittente, irradiant à l'aîne, qui accompagne l'occlusion urétérale. Advenant que soit compromise la viabilité du grêle atteint par l'occlusion, le segment d'intestin qui est ischémique devient le siège d'une douleur tenace localisée dans la région de la boucle atteinte. L'appellation colique biliaire est inexacte, puisque la douleur est typiquement égale. Elle est généralement perçue à l'épigastre et est assez diffuse, devenant plus localisée au quadrant supérieur droit si la pathologie évolue vers une cholécystite aiguë.

Les zones d'irradiation de la douleur constituent d'importants indices diagnostiques. L'irritation du diaphragme causée par la présence de sang dans la cavité péritonéale, par exemple, peut entraîner une douleur au sommet de l'épaule; de même, la douleur vésiculaire peut irradier à la région scapulaire droite. La douleur causée par les structures rétropéritonéales peut être perçue au niveau du dos (par exemple en cas de pancréatite ou d'une implication d'anévrisme de l'aorte abdominale).

12.4 Symptômes associés

L'anorexie, les nausées et les vomissements sont plus courants dans les affections gastro-intestinales, mais non spécifiques en terme de diagnostic. La distension abdominale et une modification des habitudes de défécation en présence de douleur abdominale aiguë semblent indiquer une occlusion intestinale. Chez un patient atteint d'occlusion ou de perforation du côlon, une récente modification des habitudes de défécation ou la présence de sang dans les selles (l'une ou l'autre constatée avant le début de la douleur), fait envisager la possibilité d'un cancer du côlon. Une diarrhée sanguinolente peut être signe d'un ulcère, d'une tumeur ou d'un infarctus. Chez la femme, l'histoire précise des menstruations facilite le diagnostic de trouble ovarien, de grossesse extrautérine ou d'infection pelvienne. Des symptômes urinaires peuvent suggérer un diagnostic génito-urinaire (p. ex. une pyélonéphrite, des calculs rénaux).

12.5 Examen physique

L'examen de l'abdomen s'effectue normalement chez le patient en décubitus dorsal. L'analgésie peut réduire la sensibilité de l'examen physique quand les signes sont subtils. Elle devrait être toutefois administrée sans délai quand l'évaluation est terminée ou sera inévitablement retardée. Lorsque la douleur à la présentation est intense, son soulagement peut permettre une anamnèse plus utile et un examen plus subtil.

À l'inspection de l'abdomen, on doit rechercher une distension abdominale ou une masse localisée. Le patient atteint de péritonite aura tendance à demeurer immobile, car le moindre mouvement accentue l'irritation

péritonéale, de même que la douleur. Le patient atteint de colique sera, au contraire, plus agité, cherchant sans cesse une position moins douloureuse.

L'auscultation permettra d'entendre une diversité de bruits intestinaux allant du silence total de l'abdomen, dans le cas d'une péritonite, à l'hyperactivité sonore de l'occlusion intestinale. Les souffles suggèrent une maladie vasculaire, mais un souffle épigastrique peut aussi s'entendre chez les sujets normaux.

La palpation superficielle peut être des plus révélatrices. En effet, elle permet de détecter et de localiser les sites sensibles, la défense ou la rigidité musculaires ou la présence de masses. La défense désigne une contraction involontaire de muscles au départ détendus, dans la paroi abdominale, en réaction à une douleur éveillée ou aggravée par la palpation. La défense peut être localisée (p. ex. une appendicite non compliquée) ou généralisée à tout l'abdomen (p. ex. diverticulite perforée avec contamination diffuse de la cavité péritonéale). En certains cas (p. ex. ulcère duodéal perforé), les muscles sont en état de contraction continue et sont très rigides, même sans palpation. En certaines situations plus floues, on peut envisager une péritonite quand une douleur peut être provoquée, dans la zone suspectée de pathologie (p. ex. en cas d'appendicite), en palpant d'autres points sur la paroi abdominale et en demandant au patient de tousser ou de remuer légèrement le bassin. Une percussion délicate est également utile pour mesurer le degré d'irritation péritonéale ainsi que pour déterminer la nature de la distension abdominale. La palpation en profondeur de la zone suspectée, suivie du relâchement brusque de la paroi abdominale, pour évaluer la sensibilité et le ressaut, est très douloureuse pour le patient atteint de péritonite; elle peut être trompeuse chez le patient qui n'a pas de péritonite, et ne fournit aucune donnée utile au diagnostic.

Au moins un examinateur doit effectuer un examen rectal et pelvien et en noter les résultats. Les sites d'une hernie crurale ou inguinale, en particulier, doivent être examinés. Il convient également de mesurer, par palpation, les pouls fémoraux. Un examen physique minutieux fournira d'autres données quant à l'état extra-abdominal (p. ex. ictère, lymphoadénopathie) et aux effets systémiques d'une affection abdominale aiguë (p. ex. hypotension, tachycardie, tachypnée) et des affections coexistantes importantes.

12.6. Diagnostic différentiel

Les affections intra-abdominales nécessitant une intervention chirurgicale (à ciel ouvert ou au laparoscope) sont les causes les plus courantes d'abdomen aigu. Certaines affections commandent une chirurgie immédiate (p. ex. rupture d'anévrisme abdominal). Par conséquent, elles doivent toujours

faire partie du diagnostic différentiel précoce et il ne faut pas tarder à les confirmer ou à les exclure. En d'autres cas, il faudra un certain temps avant de poser un diagnostic spécifique et de déterminer si une chirurgie s'impose. La probabilité d'un diagnostic varie, en partie, selon l'âge du patient. La présentation clinique peut être atypique chez les patients âgés et chez les patients atteints d'affections coexistantes (p. ex. diabète ou ictus cérébral). Chez ces patients, il ne faut pas sous-estimer une manifestation intra-abdominale qui pourrait être grave.

Dans le diagnostic différentiel, il faut toujours envisager: (1) les affections intra-abdominales à l'égard desquelles aucune chirurgie n'est indiquée (p. ex. pancréatite aiguë, péritonite bactérienne primaire) et (2) les affections extra-abdominales (p. ex. pneumonie) ou les affections systémiques (p. ex. acidocétose diabétique), qui peuvent s'accompagner de douleur abdominale aiguë.

12.7 Investigations

Souvent, une anamnèse minutieuse et un examen physique rigoureux permettent de poser le diagnostic clinique. Une formule sanguine complète (FSC) et une analyse d'urine sont pratique courante. On procède aussi souvent au dosage de l'amylase ou des lipases, des électrolytes, de la créatinine et du glucose dans le sérum. On peut, au besoin, commander d'autres types d'analyses. La radiographie pulmonaire et des clichés simples de l'abdomen sont également pratique courante, à moins que le diagnostic ne soit évident (cas de l'appendicite). La présence d'air libre dans le péritoine, suggérant la perforation d'un viscère, peut être mise en évidence dans les deux cas. La radiographie abdominale peut aussi informer sur la répartition des gaz intestinaux (p. ex. une occlusion intestinale), sur un œdème et sur une pneumatose de la paroi intestinale, sur des structures rétropéritonéales (p. ex. calcification du pancréas), des structures osseuses (p. ex. fractures, métastases osseuses).

Une imagerie diagnostique plus poussée est souvent précieuse. L'échographie est très utile au diagnostic d'affections gynécologiques, de l'aorte abdominale et des voies biliaires. On y recourt également lorsqu'il y a une suspicion d'appendicite. De plus en plus, on utilise la scanographie abdominale pour le diagnostic de l'abdomen aigu, évitant souvent ainsi la nécessité d'études plus invasives ou désagréables. On doit procéder à un lavement baryté pour mesurer le niveau d'obstruction du gros intestin et pour exclure toute possibilité de pseudo-obstruction. La pyélographie intraveineuse peut révéler le non-fonctionnement des reins ou une urétéro-hydro-néphrose, lorsqu'on soupçonne une douleur d'origine rénale. Un calcul opaque peut occasionnellement être observé sur des clichés simples de l'abdomen. Advenant suspicion d'ischémie intestinale, l'angiographie mésentérique est utilisée pour confirmer le diagnostic et évaluer

les choix thérapeutiques. En cas de diverticulite, l'échographie et la tomodensitométrie abdominale révéleront l'épaississement de la paroi du côlon sigmoïde, de même que tout abcès ou toute perforation grossière. Le choix de la méthode d'examen doit être effectué en collaboration avec un radiologiste.

La laparoscopie a un rôle important dans l'établissement du diagnostic et permet un traitement chirurgical définitif (par ex. appendicectomie, patch d'épiploon pour ulcère duodéal perforé).

12.8 Démarche thérapeutique

Un diagnostic raisonnablement spécifique ou un diagnostic différentiel focalisé peut être habituellement posé précocement et constitue le fondement idéal pour la prise en charge ultérieure. En certains cas (p. ex. suspicion d'appendicite), l'observation attentive, des examens répétés et certains tests par imagerie (p. ex. échographie) permettent d'en arriver à un diagnostic. Chez bon nombre de patients, une douleur abdominale légère à modérée cesse, du moins momentanément, sans diagnostic confirmé.

Chez les patients atteints d'affections plus graves, l'administration de fluides par voie intraveineuse, une surveillance attentive et d'autres mesures de soutien doivent être instituées après une première évaluation rapide et avant qu'un diagnostic précis ne puisse être posé. Chez ces patients, les interventions diagnostiques et thérapeutiques doivent se succéder de façon efficiente et ordonnée. À l'occasion, les patients atteints d'abdomen aigu, généralement ceux qui sont instables malgré une réanimation ou qui présentent une péritonite généralisée évidente, requièrent une laparotomie d'urgence sans diagnostic préopératoire précis.

13. ABDOMEN CHRONIQUE / W.G. THOMPSON

13.1 Synonymes

Douleur abdominale récidivante; douleur abdominale récidivante chez l'enfant.

13.2 Description

Dix pour cent (10 %) des enfants souffrent de douleurs abdominales récidivantes et environ 20 % des adultes présentent, au moins six fois par année, une douleur abdominale non reliée aux menstruations. La douleur est chronique lorsqu'elle est constante et dure depuis six mois ou plus, sans rapport avec des fonctions gastro-intestinales comme l'ingestion de nourriture ou la défécation. Elle constitue fréquemment une caractéristique de la dyspepsie ou du syndrome du côlon irritable. De manière caractéristique, la douleur n'a aucun lien avec les fonctions organiques et on ne peut lui trouver aucune cause gastro-intestinale, hépatobiliaire ou génito-urinaire.

13.3 Mécanisme et causes

Le mécanisme de la douleur abdominale est décrit dans la section 12 (Abdomen aigu). La douleur abdominale chronique peut évidemment être causée par de nombreuses maladies organiques. En général, l'*ulcère gastro-duodénal* engendre de la douleur après les repas ou lorsque le sujet a l'estomac vide; cette douleur est soulagée par la prise d'aliments ou d'antiacides. La douleur abdominale qui réveille le patient la nuit constitue un symptôme particulièrement distinctif. De plus en plus de personnes âgées ont des ulcères gastro-duodénaux, particulièrement les femmes qui prennent des AINS. Chez ces personnes, la douleur est souvent atypique.

La *colique biliaire* est due à l'obstruction du canal cystique ou du canal cholédoque par un calcul. De façon caractéristique, cette douleur est suffisamment forte pour réveiller le patient la nuit ou justifier une consultation à la salle d'urgence pour l'obtention d'analgésiques. Elle dure de 1 à 12 heures; si elle persiste plus longtemps, il faut songer à une cholécystite ou à une pancréatite aiguës. Les crises sont isolées, et se produisent par intervalles, non en continu. La douleur vésiculaire est située dans la région épigastrique, ou l'hypocondre droit, et elle irradie généralement vers l'omoplate droite. La crise passée, le patient est secoué mais se sent relativement bien. L'inflammation de la vésicule biliaire évolue vers une cholécystite. L'obstruction du canal cholédoque par un calcul engendre de la douleur, un ictère, et parfois de la fièvre (cholangite).

La *pancréatite* est une maladie dévastatrice; la douleur épigastrique soutenue irradie dans le dos et s'accompagne parfois d'un état de choc. Elle nécessite presque toujours une admission à l'hôpital.

L'*ischémie intestinale*, l'*occlusion intestinale subaiguë* causée par la maladie de Crohn, un *néoplasme* ou un *volvulus* peuvent se manifester par des accès récidivants de douleur abdominale souvent liés à l'ingestion de nourriture. Ces maladies sont habituellement évolutives et accompagnées d'autres signes physiques.

Chez un patient atteint de *diverticulose colique*, un abcès péridiverticulaire peut se former, provoquant de fortes douleurs abdominales, situées dans le quadrant inférieur gauche, ainsi que de la fièvre. La diverticulose colique est asymptomatique; les symptômes qui se manifestent chez les patients qui en souffrent proviennent généralement d'un syndrome concomitant du côlon irritable.

La *colique néphrétique* causée par la présence d'un calcul dans l'uretère est rarement chronique, mais elle peut être récidivante. Elle provoque une douleur lancinante au flanc droit ou gauche, irradiant vers l'aîne et le testicule, et peut s'accompagner d'hématurie. Le patient atteint d'une colique néphrétique est, de façon typique, incapable de demeurer immobile.

Toute la gamme des *affections gynécologiques*, allant des douleurs au milieu du cycle (rupture d'un kyste ovarien) jusqu'aux inflammations pelviennes, peut expliquer une douleur abdominale basse récidivante. La douleur menstruelle chez une femme jeune suggère une endométriose. La douleur pelvienne chronique est souvent liée au syndrome du côlon irritable.

L'appendicite chronique n'existe probablement pas.

La douleur abdominale chronique s'explique rarement par les mécanismes mentionnés précédemment. La *douleur abdominale d'origine fonctionnelle* peut prendre naissance n'importe où dans les voies digestives ou dans l'arbre biliaire. Elle n'est pas liée aux fonctions organiques et peut être continue. La cause la plus courante de douleur abdominale récidivante est le syndrome du côlon irritable, où il existe un lien entre la douleur et les troubles de la défécation. Il n'est pas évident que la douleur soit due à la perception normale d'une motilité intestinale anormale ou à la perception anormale d'une motilité normale, ou même qu'elle ait son origine dans l'intestin; elle se manifeste souvent lorsque le sujet connaît des difficultés d'ordre psychosocial.

13.4 Points importants de l'anamnèse et caractéristiques de l'examen physique

La douleur liée à une fonction organique – ingestion d'aliments, défécation, miction ou menstruations – oriente la démarche diagnostique vers le système concerné. Certaines observations physiques (p. ex. la présence d'une masse abdominale, de sang ou d'une masse décelée au toucher rectal) évoquent des maladies organiques spécifiques. De la fièvre, une perte de poids, une hémorragie rectale (rectorragie) ou de l'anémie commandent des examens complémentaires. Ces manifestations sont absentes dans la douleur abdominale fonctionnelle chronique.

13.5 Diagnostic différentiel, diagnostic et traitement

Le traitement des causes organiques de la douleur abdominale chronique doit s'attaquer au processus pathologique sous-jacent. Souvent, aucune maladie organique n'est en cause. La responsabilité du médecin consiste alors à rassurer le patient sur l'absence de toute maladie grave et à l'aider à composer avec ses symptômes en tenant compte du contexte social dans lequel il vit. La digestion peut être améliorée par de bonnes habitudes alimentaires; les dysfonctions intestinales, en particulier la constipation, peuvent être corrigées par une augmentation de l'apport en fibres alimentaires.

13.6 Douleur et émotion

Certains patients présentent une douleur abdominale intense et récidivante qui n'est reliée ni à une dysfonction ni à une affection organiques. Ces patients

consultent de nombreux médecins sans satisfaction, et l'on croit que leurs symptômes sont d'origine psychogène. Cette douleur est souvent décrite comme un comportement psychosomatique et une propension à la douleur. Certains patients sont hypochondriaques, et leur état ne s'améliore pas après l'exclusion de toute possibilité de maladie organique. L'exemple extrême est le syndrome de Munchhausen où le patient raconte une histoire fabuleuse de troubles médicaux dont il dit souffrir, afin de subir le plus tôt possible un traitement, voire une intervention chirurgicale.

La douleur fonctionnelle est fréquente chez la personne qui a été récemment au centre de conflits, affligée du décès d'un membre de sa famille ou qui a la phobie d'une maladie mortelle. La dépression et l'anxiété sont fréquemment associées. Il importe ici de ne pas multiplier les examens et de ne pas rechercher une cause à tout prix, ce qui ne servirait qu'à renforcer les craintes du patient sur la gravité de son état et à miner sa confiance même en présence d'un diagnostic de trouble bénin.

Ce genre de douleur peut être relié aux émotions, et des visites régulières s'imposent pour permettre au patient de mieux verbaliser ses problèmes. Les médicaments, en particulier les narcotiques, doivent être prescrits avec circonspection, et le médecin doit s'efforcer de développer une relation étroite avec son patient tout en sachant faire face efficacement à la dépression, à l'anxiété, à la frustration et, souvent, à l'hostilité du patient. Quelques-uns, parmi ces patients, comme d'ailleurs les malades souffrant de douleur chronique, peuvent être soulagés par l'administration d'antidépresseurs à faibles doses. De tels patients mettent à l'épreuve l'art du médecin plutôt que sa science.

14. ICTÈRE (JAUNISSE) / L.J. SCULLY

14.1 Description

État caractérisé par une hausse des taux sériques de bilirubine qui s'accompagne d'une coloration jaune de la peau et des muqueuses, imputable au dépôt de pigments biliaires.

14.2 Mécanisme

La bilirubine est un déchet du métabolisme de l'hémoglobine. L'interruption du métabolisme à l'une ou l'autre de ses étapes ou une augmentation marquée de la concentration de bilirubine due à la destruction des globules rouges se traduisent par une hyperbilirubinémie et, lorsque cette dernière est suffisamment élevée, par un ictère clinique.

Dans des circonstances normales, les globules rouges sénescents sont captés et détruits dans le système réticulo-endothélial. Au cours d'un certain

nombre d'étapes, l'hème de l'hémoglobine est transformé en bilirubine; fortement liée à l'albumine, celle-ci est transportée dans le plasma jusqu'aux hépatocytes. La bilirubine y est alors captée, conjuguée avec l'acide glucuronique et excrétée dans la bile sous forme diglucuroconjuguée au niveau du duodénum. Dans l'intestin, les bactéries dégradent la bilirubine en urobilinogène dont 80 % est éliminé dans les selles, ce qui contribue à la coloration normale des selles. Le 20 % qui reste est réabsorbé et excrété dans la bile et l'urine (circulation entérohépatique de l'urobilinogène).

Une obstruction fonctionnelle ou anatomique à presque n'importe quelle étape de l'excrétion (à partir de l'hémoglobine jusqu'à la captation par la membrane hépatocellulaire et l'excrétion dans le système biliaire) provoque un ictère et une hyperbilirubinémie. Une forte augmentation des produits de dégradation de l'hémoglobine seule (p. ex. l'anémiehémolytique) entraîne une hyperbilirubinémie non conjuguée. Si le trouble survient après les étapes de captation et de conjugaison, on observe une hyperbilirubinémie conjuguée. Les causes de l'ictère se classent ordinairement comme suit : 1) hémolyse, 2) anomalies génétiques du métabolisme de la bilirubine, 3) affection hépatocellulaire et 4) obstruction.

14.3 Présentation clinique

On décèle un ictère clinique lorsque la bilirubinémie atteint de 2 à 4 mg/dL (de 40 à 80 $\mu\text{mol/L}$). L'apparition de l'ictère est habituellement précédée pendant quelques jours de selles pâles, puisque l'excrétion de la bilirubine dans l'intestin est moindre, et d'urines foncées (en raison d'une augmentation de la filtration glomérulaire de la bilirubine conjuguée). En général, l'ictère est tout d'abord visible dans la sclérotique, bien que la bilirubine se dépose véritablement dans les membranes conjonctives sous-jacentes. Un jaunissement de la peau sans ictère scléral doit suggérer une caroténémie ou l'ingestion de médicaments comme la quinacrine.

Sauf lorsque l'ictère est secondaire à l'hémolyse, la plupart des patients éprouvent des nausées, de l'anorexie et un malaise à la région hépatique. On peut déceler une hépatomégalie, des masses dans la région épigastrique ou du pancréas, ou une dilatation de la vésicule biliaire. Des signes d'hépatopathie chronique comme des angiomes stellaires ou un érythème palmaire sont importants. L'ictère peut s'accompagner de prurit, probablement en raison du dépôt de sels biliaires dans la peau (ou de la rétention d'un agent prurigène habituellement excrété dans la bile).

Plusieurs anomalies génétiques touchant la conjugaison ou l'excrétion de la bilirubine peuvent être à l'origine d'une hyperbilirubinémie conjuguée ou non conjuguée de longue date.

14.4 Démarche diagnostique

Il faut en tout premier lieu déterminer si l'ictère résulte d'une hyperbilirubinémie conjuguée ou non conjuguée (figure 2). La bilirubine sérique totale peut être fractionnée en bilirubine conjuguée et en bilirubine non conjuguée, mais la présence de bile dans l'urine déterminée au moyen d'une bandelette réactive confirme qu'il s'agit surtout d'une hausse de la concentration en bilirubine conjuguée. Lorsqu'il s'agit de bilirubine non conjuguée, l'hémolyse ou des anomalies génétiques sont en cause. Si la bilirubine est conjuguée, des épreuves de la fonction hépatique (AST, ALT, GGT et phosphatase alcaline) aideront à déterminer si l'ictère est principalement dû à une obstruction/cholestase (hausse de la GGT et de la phosphatase alcaline) ou à une lésion hépatocellulaire (hausse de l'AST et de l'ALT). En présence d'un ictère cholestatique, l'échographie constitue le meilleur examen initial pour déceler une atteinte des voies biliaires. S'il s'agit d'un ictère cholestatique, une échographie de l'abdomen s'impose pour déterminer s'il y a obstruction et dilatation des canaux biliaires et intrahépatiques.

14.5 Traitement

Le traitement de l'ictère par obstruction s'attaque à la cause lorsque cela est possible (p. ex. l'ablation des calculs biliaires faisant obstruction). L'ictère secondaire à une affection hépatocellulaire, comme une hépatite virale, n'exige aucun traitement spécifique. L'ictère imputable à l'alcool, à une toxine ou à un médicament nécessite l'interruption des agents responsables.

15. ASCITE LIÉE À L'AFFECTION HÉPATIQUE CHRONIQUE / L.J. Scully

15.1 Définition

L'ascite est une accumulation de liquide non sanguin dans la cavité péritonéale.

15.2 Mécanismes

En présence d'une hépatopathie importante, la synthèse de l'albumine est réduite. L'hypoalbuminémie entraîne une diminution de la pression osmotique intravasculaire, ce qui modifie le débit sanguin rénal et engendre une rétention hydrosodée. La hausse du taux d'aldostérone probablement due à la diminution du catabolisme de cette hormone par le foie y contribue également. On observe une rétention hydrosodée systémique, mais l'accumulation de liquide peut être confinée à la cavité péritonéale ou associée avec un œdème périphérique. L'ascite résulte d'une hypertension portale et de la transsudation de liquide des capillaires du système porte à la cavité péritonéale. La production de lymphes hépatiques augmente également et celle-ci s'épanche directement dans la cavité péritonéale.

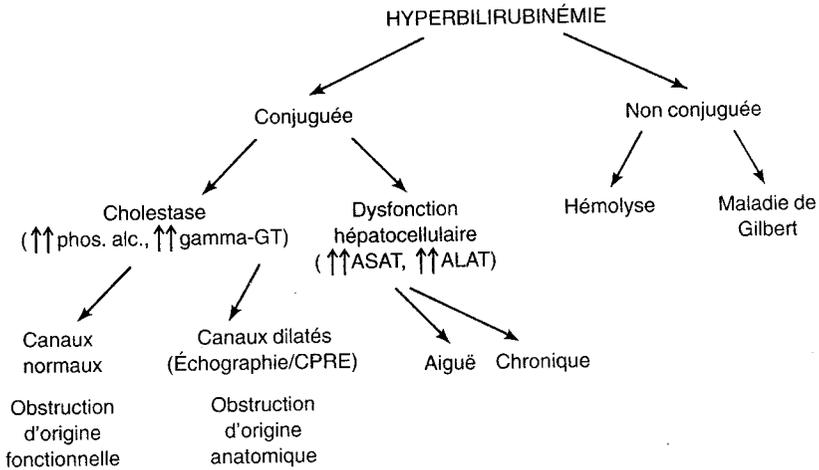


FIGURE 2. Causes d'hyperbilirubinémie.

15.3 Symptômes et signes

L'ascite s'accompagne le plus souvent d'une distension abdominale, fréquemment associée à une sensation inconfortable de ballonnement, et parfois de nausées et d'anorexie. Un essoufflement peut résulter d'une élévation du diaphragme ou d'une effusion pleurale. L'ascite peut s'accompagner d'œdème malléolaire.

À l'examen clinique, l'inspection révèle un arrondissement des flancs. On peut constater une matité déclive à la percussion ou provoquer le « signe du flot ». En l'absence de signes cliniques, l'échographie permet de déceler de plus petites quantités de liquide. Il convient de rechercher d'autres signes d'hypertension portale, comme la dilatation des veines de la paroi abdominale ou une splénomégalie.

15.4 Diagnostic différentiel

Il faut procéder à une ponction de l'ascite récemment formée pour en déterminer la concentration d'albumine, la numération globulaire du liquide et procéder à l'examen cytologique. Le liquide est le plus souvent clair et de couleur jaune paille. De la lymphe peut, à l'occasion, s'accumuler dans la cavité péritonéale et causer une « ascite chyleuse » qui nécessite un traitement différent. Le liquide ascitique peut devenir infecté et le nombre de globules blancs y est alors élevé. Si le liquide est sanguinolent, il faut rechercher d'autres causes, comme une infection ou un cancer. La détermination du gradient séroascitique d'albumine est la meilleure façon de confirmer que l'ascite est secondaire à une hypertension portale, puisque le gradient y est élevé, c'est-à-dire supérieur à

11 g/L, tandis qu'il est faible lorsque l'ascite est due à une carcinomateuse péritonéale. Cette méthode est beaucoup plus précise que l'ancienne, qui consistait à déterminer si le liquide ascitique est un transsudat ou un exsudat.

15.5 Traitement

Le traitement comporte tout d'abord le repos au lit et un régime hyposodé. Dans la plupart des cas, il faut aussi ajouter un diurétique, comme la spironolactone. Le retrait minutieux de grandes quantités de liquide ascitique (jusqu'à 8 L) par ponction évacuatrice peut s'imposer dans certains cas résistants; cette intervention peut se faire sans danger et, si la concentration sérique d'albumine est très faible, on fera précéder la paracentèse d'une perfusion intraveineuse d'albumine.

16. HÉMORRAGIE DIGESTIVE / A. Rostom et C. Dubé

16.1 Description

L'hémorragie digestive (HD) peut être catégorisée comme haute, basse, obscure ou occulte.

L'hémorragie digestive haute s'accompagne habituellement d'une hématomèse (vomissement de sang ou d'une substance semblable au marc de café) et/ou d'un méléna (selles noires, goudronneuses). L'aspect physique du méléna est le résultat de la dégradation du sang par les bactéries intestinales. Par contre, l'hématochézie (émission de sang rouge vif ou brun rougeâtre ou de caillots frais par le rectum) indique habituellement une hémorragie digestive basse. L'hémorragie digestive basse est habituellement définie comme une hémorragie distale par rapport au ligament de Treitz. Toutefois, cette définition peut causer une confusion étant donné que les hémorragies de l'intestin grêle proximal tendent à s'accompagner d'un taux élevé d'azote uréique dans le sang, ce qui est associé classiquement aux hémorragies digestives hautes. Ou encore, une hémorragie digestive peut être localisée dans la partie haute, au-dessus du ligament de Treitz, dans l'intestin grêle, entre le ligament de Treitz et l'iléon distal, ou dans la partie basse, dans l'iléon terminal et le côlon.

Une hémorragie occulte est définie comme l'observation initiale d'un résultat positif de recherche de sang occulte dans les selles et/ou d'une anémie ferriprive, en l'absence de perte de sang visible par le patient ou par le médecin. L'hémorragie obscure est définie comme une hémorragie d'origine inconnue qui persiste ou récidive après une endoscopie initiale ou primaire négative (colonoscopie et/ou endoscopie haute). L'hémorragie obscure peut être « obscure-manifeste », c'est-à-dire cliniquement manifeste, sous forme de méléna ou d'hématochézie, ou « obscure-occulte », comme une anémie ferriprive persistante.

Les tableaux 3 et 4 présentent les principales causes d'hémorragie digestive haute et d'hémorragie basse respectivement.

16.2 Démarche de diagnostic et de traitement

L'évaluation initiale du patient présentant une hémorragie digestive haute comprend une évaluation précoce des voies aériennes, de la respiration et de la circulation. Ces patients sont exposés à un risque d'atteinte des voies aériennes due à l'aspiration de sang vomi et/ou à la réduction de la conscience en cas d'état de choc ou d'encéphalopathie hépatique. L'évaluation précoce des voies aériennes et de la respiration est cruciale. Il peut falloir, pour certains patients, administrer de l'oxygène d'appoint ou même procéder à une intubation pour protéger les voies aériennes et/ou apporter une assistance respiratoire. Durant l'évaluation précoce de l'état hémodynamique, on installe deux intraveineuses périphériques de gros calibre (18 ou plus gros) pour assurer l'apport de liquides et de produits sanguins. Leur mise en place au plus tôt permet simultanément de prélever du sang pour le typage d'urgence et le test de compatibilité croisée et de faire une numération globulaire, de mesurer les paramètres de coagulation et les électrolytes, d'évaluer la fonction rénale, ainsi que l'albumine et les enzymes hépatiques, dépendant des indications cliniques.

En cas d'hémorragie chronique ou récurrente, qu'elle soit occulte ou cliniquement manifeste, les symptômes sont le plus souvent reliés à une carence en fer et à l'anémie : pâleur, fatigue, dyspnée et, chez les personnes prédisposées, insuffisance cardiaque congestive ou angine.

En cas d'hémorragie digestive aiguë, les symptômes associés à la perte de sang, telles la faiblesse, la diaphorèse, la pré-syncope et la syncope, peuvent se manifester avant l'apparition de sang à l'extérieur. Le passage du sang dans les intestins agit comme un cathartique, provoquant un hyperpéristaltisme et une augmentation de la fréquence des selles. La pigmentation des selles dépend de l'intensité de l'hémorragie, ainsi que de la durée du transit dans l'intestin : la couleur des selles peut varier du noir goudronneux au rouge sombre ou vif. Afin de déterminer la source probable de l'hémorragie, le médecin-clinicien doit interpréter les caractéristiques du saignement que présente le patient en fonction de son statut hémodynamique. Le sang provenant du côlon gauche est typiquement de couleur rouge vif. Toutefois, une hématochézie associée à une tachycardie au repos et/ou à une hypotension laisse soupçonner une hémorragie digestive haute abondante; de même, si le passage de selles goudronneuses noires a le plus souvent une source digestive haute, on peut parfois observer des selles rouge sombre ou noires dans des cas d'hémorragie colique proximale. En l'absence de passage spontané de selles, un toucher rectal pour déterminer la couleur des selles est particulièrement instructif.

TABLEAU 3. Principales causes d'hémorragie digestive haute

Hémorragie aiguë

Ulcère gastro-duodéal : ulcère duodéal, ulcère gastrique, érosions de stress
Œsophagite : œsophagite peptique, œsophagite médicamenteuse, infectieuse
Liée à l'hypertension portale: varices gastro-œsophagiennes, gastropathie d'hypertension portale
Néoplasme : cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac, lymphome, cancer métastatique
Vasculaire : angiodyplasie, ulcération de Dieulafoy, induite par une irradiation
Traumatique : syndrome de Mallory-Weiss, fistule aorto-intestinale, ingestion de corps étranger
Divers : hémobilie, hemosuccus pancreaticus

Hémorragie chronique

Œsophagite
Gastropathie d'hypertension portale
Malignités
Angiodyplasie
Irradiation
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

TABLEAU 4. Principales causes d'hémorragie digestive basse

Hémorragie aiguë

Diverticulose
Angiodyplasie
Colite ischémique
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
Malignité colique
Irradiation
Entérite ou colite infectieuse
Syndrome de l'ulcère solitaire du rectum
Post-polypectomie
Hémorroïdes

Hémorragie chronique

Angiodyplasie
Malignité colique
Irradiation
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
Hémorroïdes

Les produits d'hématémèse, quand il y en a, peuvent être rouge vif, avec ou sans caillots, ou prendre un aspect brun foncé et granuleux, le « marc de café ». Des vomissements rouge vif suggèrent que l'hémorragie est d'origine œsophagienne ou d'origine haute et abondante. Une hémorragie dans le duodénum peut refluer dans l'estomac, mais l'absence de vomissements sanglants ou de produits sanglants lors d'une aspiration naso-gastrique n'exclut pas une telle hémorragie.

Dans certaines circonstances, il peut être difficile de déterminer si l'hémorragie digestive est d'origine haute ou basse, surtout lorsqu'elle est abondante. Le plus sûr, dans ce cas, est de présumer d'emblée une hémorragie digestive haute et de procéder à une endoscopie haute après la réanimation initiale. L'endoscopie haute s'effectue rapidement, permet un traitement endoscopique relativement plus simple des causes potentiellement graves d'hémorragie et, si elle est négative, n'a pris que relativement peu de temps. En outre, une endoscopie haute négative en cas d'hémorragie digestive abondante vient en aide à l'angiographie, en éliminant l'axe cœliaque et en permettant de concentrer l'examen sur les artères mésentériques supérieure et inférieure.

À l'anamnèse, il convient de s'informer sur l'utilisation des médicaments par le patient, en particulier des AINS et des anticoagulants, avant toute question sur les antécédents d'ulcère gastro-duodéal, de chirurgie abdominale (p. ex. une chirurgie gastrique laisse entrevoir des antécédents d'ulcère gastro-duodéal ou de carcinome; une résection intestinale peut accélérer le transit du sang dans l'intestin, se traduisant par des présentations atypiques; une greffe vasculaire évoque la possibilité de fistule aorto-intestinale), de maladie hépatique chronique ou d'abus d'alcool (pouvant s'accompagner de signes physiques suggestifs).

L'état hémodynamique devrait être interprété en tenant compte de l'aptitude du patient à compenser une hypovolémie : chez les adultes jeunes et en bonne forme physique, la présence d'une tachycardie au repos ou orthostatique devrait être interprétée comme un signe de perte de volume importante, tandis que chez les personnes âgées ou débilitées, la perte d'un volume équivalent de sang se traduira plus probablement par une hypotension ou un état de choc.

Les examens initiaux comprennent un hémogramme, la mesure des indices érythrocytaires, du temps de céphaline (PTT) et du rapport normalisé international (INR), ainsi que des taux d'urée et de créatinine. Il est important de ne pas oublier que, dans les circonstances aiguës, les valeurs de l'hémoglobine (Hb) et de l'hématocrite (Ht) ne sont pas nécessairement inférieures à la normale, du fait qu'elles reflètent la concentration des globules rouges (GR) dans le sang. C'est au cours des 36 à 48 heures suivantes que l'essentiel du déficit volumique est comblé par le mouvement des liquides de l'espace extravasculaire dans l'espace intravasculaire. Ce n'est qu'alors

que les valeurs de la Hb et la Ht reflètent la quantité de sang perdue. En outre, si le patient présente une hémorragie digestive aiguë avec une Hb initialement basse, on doit s'attendre à ce que la Hb réelle soit encore plus basse que la valeur mesurée, de sorte qu'il est recommandé d'effectuer une transfusion de sang précoce dans un tel cas. Chez certains patients, en particulier en cas de malignité digestive, il se peut qu'une hémorragie occulte chronique ait existé avant la présentation aiguë. Dans un tel cas, on peut observer une hypochromie et une microcytose dues à une carence en fer. Une coagulopathie, qu'elle soit iatrogène ou secondaire à une insuffisance hépatique, devrait être abordée et corrigée selon les indications cliniques. Une valeur élevée de l'azote uréique du sang alors que la créatinine est normale peut être due à une hémorragie digestive haute avec hypovolémie.

Il convient de catégoriser les patients selon qu'ils sont exposés à un risque faible ou à un risque élevé de complications, en fonction de la présentation clinique et de l'état hémodynamique.

Dans les cas d'hémorragie digestive haute, les prédicteurs cliniques de mortalité sont : âge supérieur à 60 ans, état de choc, mauvais état de santé global, co-morbidités (coronaropathie, insuffisance rénale, septicémie et/ou début d'hémorragie après hospitalisation pour une autre cause), présence de sang rouge frais à l'examen rectal, dans les vomissements ou dans les produits d'aspiration naso-gastrique, hémorragie continue ou récidivante. Dans de tels cas, une endoscopie précoce avec classification du risque selon des critères cliniques et endoscopiques permet la sortie sécuritaire et rapide des patients à risque faible, améliore l'issue pour les patients à risque élevé et réduit l'utilisation des ressources pour les patients quel que soit le niveau de risque. Dans le cas d'une hémorragie d'ulcère gastro-duodénal, les critères endoscopiques de récurrence comprennent : hémorragie active, vaisseau visible ou caillot adhérent. L'administration précoce d'inhibiteurs de la pompe à protons, en conjonction avec un traitement endoscopique, est bénéfique dans de tels cas. En cas d'hémorragie variqueuse, l'administration intraveineuse d'analogues de la somatostatine et un traitement endoscopique sont aussi bénéfiques.

En cas d'hémorragie digestive basse, les patients réanimés avec succès devraient faire l'objet d'un nettoyage intestinal, suivi d'une colonoscopie. Si ces procédures ne sont pas réalisables en raison d'une instabilité hémodynamique continue, il convient de procéder à une artériographie et à une consultation en chirurgie.

17. MASSE ABDOMINALE / S. Grégoire

17.1 Description

Lorsqu'on découvre une masse abdominale au moment d'un examen

physique, il faut en définir la nature. Une approche systématique permet souvent l'identification de la masse avant le recours à des examens complexes.

17.2 Points importants de l'anamnèse et caractéristiques de l'examen physique

D'importants indices fournis par l'anamnèse et l'examen général peuvent faciliter l'identification du viscère tuméfié. À titre d'exemple, la découverte d'une masse dans le quadrant inférieur droit chez un jeune patient présentant une diarrhée, une perte de poids et des douleurs abdominales suggérerait une maladie inflammatoire de l'intestin. On peut toutefois découvrir une masse abdominale à l'examen physique d'un sujet asymptomatique. Certaines observations recueillies durant l'examen de l'abdomen peuvent se révéler utiles. (Voir aussi la section 19.)

17.2.1 INSPECTION

Où la masse est-elle située? Une façon commode de procéder consiste à diviser l'abdomen en quatre quadrants (voir la section 19.1). En partant du principe qu'une masse abdominale provient d'un organe, l'anatomie de surface peut indiquer lequel est tuméfié. Une masse décelée dans le quadrant inférieur gauche, par exemple, peut avoir une origine colique ou ovarienne, mais, à moins d'inversion viscérale, il n'y a pas lieu d'envisager l'abcès appendiculaire.

La masse est-elle mobile et se déplace-t-elle sous l'effet des mouvements respiratoires? Dans la partie supérieure de l'abdomen, une masse intra-abdominale est mobile si elle se déplace vers le bas au cours du mouvement inspiratoire, mais tel n'est pas le cas s'il s'agit d'un organe relativement fixe (p. ex. l'aorte, le pancréas) ou d'une masse de la paroi abdominale (p. ex. l'hématome du muscle grand droit de l'abdomen).

Y a-t-il un péristaltisme visible?

17.2.2 AUSCULTATION

L'auscultation attentive à la recherche de souffle vasculaire, de bruits intestinaux ou de frottements au-dessus de la masse abdominale fait partie de l'approche systématique.

17.2.3 DÉFINITION DU CONTOUR ET DE LA SURFACE DE LA MASSE

Il est possible de définir le contour et la surface de la masse par l'inspection, la percussion et la palpation. L'organe est-il rempli d'air (p. ex. l'estomac) ou de liquide? S'agit-il d'une masse bien définie (p. ex. le foie, la rate) ou ses bords sont-ils difficiles à préciser (les anses entremêlées de l'intestin grêle)? La surface est-elle régulière? Un foie tuméfié, ou plus volumineux, par suite d'une infiltration grasseuse peut présenter une surface lisse, tandis qu'un

organe cirrhotique est habituellement irrégulier et bosselé. Quelle est la consistance de la masse? Est-elle ferme, dure ou molle? Est-elle pulsatile? En l'absence d'ascite, le ballotement d'un organe situé dans l'un ou l'autre des quadrants supérieurs à la palpation bimanuelle suggère plus vraisemblablement une hypertrophie du rein (structure plus postérieure) qu'une hépatomégalie ou une splénomégalie.

17.3 Diagnostic différentiel

Nous proposons ci-après une démarche pour le diagnostic différentiel d'une masse abdominale pour chacun des quadrants.

17.3.1 QUADRANT SUPÉRIEUR DROIT

Une masse perçue dans le quadrant supérieur droit, aussi appelé hypocondre droit, peut être localisée dans le foie, le rein droit, la vésicule biliaire et, moins souvent, dans le côlon ou la région gastro-duodénale. Une masse pancréatique est rarement palpable à ce niveau.

17.3.1.1 Foie

Organe situé sous le diaphragme, le foie se déplace vers le bas au moment de l'inspiration. Cet organe antérieur possède un bord inférieur facilement palpable qui permet d'en évaluer la consistance. Dans certaines maladies, on peut entendre un « souffle » ou un « murmure veineux ». Un lobe gauche hypertrophié est généralement palpable dans la région épigastrique.

17.3.1.2 Rein droit

Le rein tuméfié peut faire saillie antérieurement, et il est alors difficile de le distinguer d'un lobe hépatique surnuméraire (lobe de Riedel). On peut le faire balloter.

17.3.1.3 Vésicule biliaire

Cet organe de forme ovale se déplace vers le bas au moment de l'inspiration, et il est habituellement lisse, régulier, et n'est pas palpable à l'état normal.

17.3.1.4 Côlon

Les masses coliques sont profondes et mal définies, et elles ne se déplacent pas au cours des mouvements respiratoires. Des bruits intestinaux accentués suggèrent une obstruction.

17.3.2 QUADRANT SUPÉRIEUR GAUCHE

Une masse dans le quadrant supérieur gauche évoque la rate ou le rein gauche. On peut aussi percevoir, mais moins souvent, une masse colique (angle gauche du côlon) ou gastrique. Une masse pancréatique est rarement palpable, sauf si elle est volumineuse.

17.3.2.1 Rate

Cet organe antérieur se déplace vers le bas au moment de l'inspiration. Puisqu'il possède un axe longitudinal oblique, il s'étend vers le quadrant inférieur droit lorsqu'il est tuméfié. La rate présente une échancrure médiane et son bord est tranchant à la palpation.

17.3.2.2 Rein gauche

Sa situation plus postérieure et la présence d'un ballonnement facilitent sa distinction d'avec la rate.

17.3.2.3 Côlon, pancréas, estomac

Il est presque impossible de différencier les masses dans ces organes à l'épigastre par un simple examen physique. L'anamnèse est utile, mais on doit souvent s'en remettre aux techniques radiologiques ou endoscopiques.

17.3.3 QUADRANT INFÉRIEUR DROIT

Une masse dans cette région provient soit des voies digestives basses (côlon, intestin grêle distal, appendice) ou d'une structure pelvienne (ovaire, utérus, trompe de Fallope).

17.3.3.1 Voies digestives basses

Ces organes plus profonds sont habituellement mal définis. Le contexte clinique est important. Une maladie inflammatoire de l'intestin serait habituellement associée avec une douleur à la palpation, tandis que le cancer du cæcum serait indolore.

17.3.3.2 Organes pelviens

La palpation bimanuelle constitue la méthode de prédilection.

17.3.4 QUADRANT INFÉRIEUR GAUCHE

Comme dans le cas d'une masse située dans le quadrant inférieur droit, le diagnostic différentiel repose ici entre une origine digestive basse (dans ce quadrant, le côlon sigmoïde) et une origine pelvienne. La forme de l'organe et l'examen pelvien devraient faciliter la distinction entre les deux.

17.4 Démarche diagnostique

Pour l'identification définitive d'une masse abdominale, il existe plusieurs moyens diagnostiques. L'utilisation d'épreuves ou d'examens spécifiques est fonction de leur disponibilité et de l'organe en cause.

L'échographie est en général utile. Cette technique non invasive, sûre, peu coûteuse et très répandue, permet de déceler la masse et renseigne sur son origine et sa nature. L'échographie peut aussi servir à diriger une biopsie. Les autres méthodes non invasives sont la scintigraphie et la tomodensitométrie. La radiographie peut mettre en évidence les organes creux au moyen d'un produit de contraste (p. ex. le lavement baryté, le transit du grêle, l'échographie, la pyélographie intraveineuse, la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique, etc.). L'établissement du diagnostic nécessite parfois une laparotomie ou une laparoscopie.

18. PROCTALGIE FUGACE / W.G. Thompson

18.1 Description

La proctalgie fugace est une douleur subite et intense ressentie au niveau de l'anus et qui persiste quelques secondes ou quelques minutes avant de disparaître complètement.

18.2 Mécanisme

La physiopathologie de la proctalgie fugace est mal connue. Bien que certaines observations (dans des circonstances manifestement fortuites) suggèrent un trouble de la motilité rectale, ce symptôme semble résulter plus vraisemblablement d'un spasme des muscles squelettiques du plancher pelvien, particulièrement du muscle pubo-rectal.

18.3 Anamnèse et examen physique

La proctalgie fugace survient chez environ 14 % des adultes et légèrement plus souvent chez la femme que chez l'homme. La douleur peut être atroce, mais comme elle est brève, le patient la signale rarement à son médecin. Dans 90 % des cas, elle dure moins de cinq minutes et, souvent, moins de une minute. Chez environ le tiers des personnes, elle survient après la défécation. Une faible minorité de patients se plaignent de proctalgie fugace après une relation sexuelle. Il n'y a aucun signe physique associé.

18.4 Diagnostic différentiel

Une maladie périanale peut causer de la douleur, mais celle-ci se manifeste habituellement au moment même de la défécation plutôt qu'après. Il faut prendre particulièrement soin d'éliminer la possibilité d'une fissure anale qui peut être

difficile à voir à l'inspection de l'anus. La douleur provenant du coccyx peut s'accompagner de sensibilité coccygienne au toucher, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du rectum. Une crise aiguë de douleur anale qui dure plusieurs heures peut indiquer une hémorroïde thrombosée. Cependant, il est peu probable qu'une douleur qui dure depuis des mois ou des années soit imputable à la proctalgie fugace ou à une autre cause organique.

18.5 Traitement

Il n'existe aucun traitement autre que des paroles rassurantes.

19. EXAMEN DE L'ABDOMEN / R.F. Bursey, J.M. Fardy, D.G. MacIntosh et N. Saloojee

L'examen de l'abdomen est un élément important de l'évaluation clinique du patient chez lequel on soupçonne une affection gastro-intestinale. Comme dans toutes les autres parties de l'examen, il est important de montrer de la considération et du respect pour le patient tout en s'assurant de procéder à un examen rigoureux et complet.

Au moment de l'examen, il est utile d'avoir à l'esprit les concepts de sensibilité et de spécificité. Quelle assurance pouvons-nous avoir qu'une observation physique est réellement présente et qu'elle est importante sur le plan clinique? Par exemple, quelles sont la sensibilité et la spécificité de la recherche d'hépatomégalie que nous faisons au chevet du patient? Quelle est l'importance clinique d'un bruit épigastrique selon qu'on l'entend chez une patiente maigre âgée de 20 ans ou chez un patient âgé de 55 ans, hypertendu et obèse?

Les sections suivantes décrivent la façon d'effectuer les différentes étapes d'un examen de l'abdomen et en soulignent certains pièges potentiels.

19.1 Inspection

Commencer à partir de la position usuelle au côté droit du patient. Assurez-vous que l'abdomen est à découvert du rebord costal jusqu'à la symphyse pubienne. Pour décrire le siège d'une anomalie, il est utile de diviser l'abdomen en quatre quadrants au moyen d'une ligne verticale allant de la pointe du sternum à la symphyse pubienne, en passant par l'ombilic. Une ligne horizontale passant par l'ombilic permet alors de diviser l'abdomen en quatre régions : les quadrants supérieur gauche, supérieur droit, inférieur gauche et inférieur droit (figure 3). Parfois, il peut être utile de diviser l'abdomen en neuf régions délimitées au moyen de lignes verticales, en l'occurrence les lignes médio-claviculaires gauche et droite, et de lignes horizontales passant par les bordures souscostales et les crêtes iliaques (figure 4).

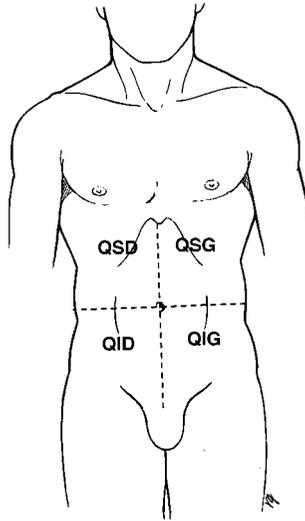


FIGURE 3. Division de l'abdomen en quatre quadrants : le quadrant supérieur gauche, le quadrant supérieur droit, le quadrant inférieur gauche et le quadrant inférieur droit.

L'aspect général, par exemple scaphoïde, protubérant ou obèse, de même que l'emplacement de cicatrices opératoires doivent être notés. On doit rechercher toute marque anormale de la surface, y compris des lésions cutanées et des signes de vascularisation. Noter toute pulsation. Il faut aussi noter le degré de facilité apparente des mouvements de la paroi abdominale au cours de la respiration et des changements de position. Normalement, la paroi abdominale se soulève à l'inspiration. Parfois, une hypertrophie d'un organe ou une masse seront visibles. Il est également utile d'observer l'abdomen depuis le pied du lit.

19.2 Auscultation

Il est préférable de faire l'auscultation de l'abdomen avant la palpation ou la percussion, parce que les bruits intestinaux provoqués par ces examens peuvent masquer des souffles vasculaires ou des frottements pleuraux. Lorsqu'on recherche des bruits vasculaires, il est utile d'avoir à l'esprit les signes observés à la surface. L'aorte entre dans l'abdomen au niveau de la pointe du sternum ou juste à sa gauche et se divise au niveau de l'ombilic en deux artères : les iliaques primitives droite et gauche. Les artères rénales se trouvent environ à mi-chemin entre la pointe du sternum et l'ombilic, et il est préférable d'en faire l'auscultation à 2 cm de la ligne médiane, de chaque côté. Les bruits sont souvent plus faciles à déceler à la bifurcation des grands vaisseaux; il est donc

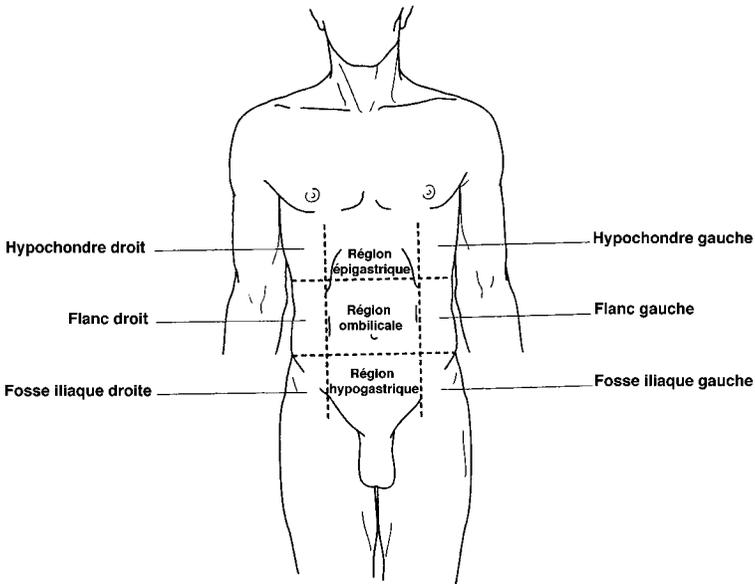


FIGURE 4. Division de l'abdomen en neuf régions que dans moins de 10 % des cas.

également recommandé d'ausculter les zones où les iliaques primitives se divisent en iliaques internes et externes, environ à mi-chemin entre l'ombilic et l'arcade crurale. On doit également rechercher des bruits fémoraux dans la région de l'arcade crurale.

Le meilleur endroit pour entendre un bruit du diable est au-dessus de la veine porte qui se trouve dans une région en forme d'ellipse située entre l'ombilic et la ligne médio-claviculaire, là où celle-ci croise le rebord sous costal droit. Habituellement, les bruits artériels ne sont entendus qu'au cours de la systole et sont plus faciles à déceler avec la membrane du stéthoscope, car il s'agit d'un son aigu. Par contre, le bruit du diable sera généralement plus continu et perceptible au moyen de la cloche du stéthoscope, parce que c'est un son grave. Toutefois, aucune étude n'indique que ces observations sont utiles ou fiables pour l'examen de routine. Un bruit du diable peut être présent dans l'hypertension de la veine porte, quelle qu'en soit la cause. Dans une étude portant sur des patients souffrant de diverses affections du foie, on a observé une fréquence de bruits inférieure à 3 %. La capacité des cliniciens à distinguer les bruits artériels hépatiques des autres bruits artériels tels que les bruits de l'artère rénale n'a pas été étudiée.

On peut entendre des frottements dans la région du foie ou de la rate; ces bruits, quoique rares, sont toujours anormaux. Chez des patients atteints d'une tumeur du foie, une auscultation, même très attentive, ne décèlera un frottement.

19.2.1 BRUITS INTESTINAUX

La recherche des bruits intestinaux par auscultation est un sujet quelque peu controversé. Les bruits intestinaux devraient être recherchés avant la palpation ou la percussion, mais le rendement de cet examen est faible. Le diaphragme du stéthoscope doit être placé sur l'abdomen, sur le quadrant inférieur droit près de la valvule iléo-colique, au début du moins. Les caractéristiques des bruits intestinaux et même leur absence ne permettent pas d'établir le diagnostic d'un état particulier, sauf peut-être les bruits très aigus de l'occlusion aiguë de l'intestin grêle. L'absence totale de bruits intestinaux peut indiquer un iléus ou une péritonite.

19.3 Palpation

La palpation de l'abdomen doit être faite selon un ordre déterminé, le patient étant couché sur le dos. On doit commencer par une palpation superficielle des quatre quadrants pour reconnaître les régions potentiellement sensibles. La palpation superficielle se fait à l'aide d'une seule main. Avec les coussinets des doigts, palper doucement d'un mouvement circulaire. Si aucune région de sensibilité évidente n'est décelée, on passe à une palpation bimanuelle profonde des quatre quadrants. La pression est exercée en appliquant une main sur l'autre qui est posée sur l'abdomen, parce qu'on pense que la palpation profonde à l'aide d'une seule main peut ne pas reconnaître une plénitude ou une masse subtile si la main qui exerce la pression profonde doit aussi déceler l'anomalie. La précision de cette technique n'a pas été vérifiée. On dit que si le patient éprouve de la difficulté à relaxer la musculature de la paroi abdominale, on peut lui replier les jambes et poser ses pieds à plat sur le lit, ce qui l'aidera à se détendre; toutefois, il est probable qu'une approche calme et méthodique accompagnée de paroles rassurantes de la part du médecin sera tout aussi efficace. Rechercher une irritation péritonéale dans chaque quadrant en étant attentif à toute douleur de rebond. Enfoncer les bouts des doigts lentement et fermement. Les retirer rapidement. Si le retrait des doigts déclenche une douleur, il y a possibilité d'irritation péritonéale.

Les techniques de palpation du foie et de la rate sont discutées dans les sections 19.5 et 19.6.

19.4 Percussion

La percussion de l'abdomen décelera la présence de gaz intestinaux. Les applications de cette technique pour la description d'une hypertrophie d'un organe et le dépistage de liquides sont discutées dans les sections suivantes.

19.5 Examen du foie

L'examen du foie consiste principalement en une palpation, où l'on vérifie s'il

est possible de détecter le bord inférieur du foie, et en une percussion visant à en déterminer la largeur. Cet examen est réalisé après qu'on a examiné s'il y avait une voussure du quadrant supérieur droit et des signes extra-hépatiques d'hépatopathie. Pour palper le bord inférieur du foie, l'examineur commence par appliquer une légère pression sur le quadrant inférieur droit de l'abdomen. On demande au patient de respirer doucement et lentement, de manière à abaisser le bord du foie jusqu'aux doigts de la main droite de l'examineur. Celui-ci bouge la main droite en direction céphalique de 2 cm environ, à chaque respiration. Si le bord n'est pas perçu, aucun autre examen n'est nécessaire. Si l'on soupçonne une hépatopathie, le bord inférieur du foie peut être délimité par percussion.

Si le bord inférieur est repéré, marquez-en l'emplacement sur la ligne médioclaviculaire. Cherchez le bord supérieur par percussion en commençant dans le troisième espace intercostal, un doigt étant étendu à plat dans l'espace. Dirigez-vous vers le bas, en percutant un espace à la fois, jusqu'à ce que la sonorité soit diminuée. Pour confirmer le changement de sonorité, frappez le majeur et l'auriculaire étendus dans des espaces intercostaux adjacents. Il devrait y avoir un son résonant sur le doigt supérieur et un son mat sur le doigt inférieur. Mesurez la distance entre les bords supérieur et inférieur de percussion sur la ligne médio-claviculaire. La détermination de la largeur du foie peut se faire en situant le bord inférieur au moyen d'une percussion ferme ou légère. La méthode recommandée est la percussion légère, parce qu'elle semble donner la meilleure estimation selon l'échographie. Il faut se rappeler que le bord supérieur du foie est en forme de dôme et non pas droit.

L'examen par grattement a été utilisé pour repérer le bord inférieur du foie. La membrane du stéthoscope est placée au rebord costal droit sur la ligne médio-claviculaire. On remonte avec un doigt le long de la ligne médioclaviculaire en grattant doucement tout en appliquant une pression constante. Lorsque le bord du foie est atteint, on note une augmentation subite du bruit de grattement entendu dans le stéthoscope. Dans une étude comparative, on a jugé que cet examen n'offrait pas d'avantage par rapport aux techniques de palpation et de percussion.

Lorsque le bord du foie est palpable, tracez-en le contour en allant du côté vers le centre. Essayez de déterminer les caractéristiques de sa surface, par exemple molle, ferme ou bosselée. Ces caractéristiques peuvent aider à l'évaluation des patients souffrant d'une hépatopathie; toutefois, on s'entend très peu sur ces observations, même parmi les experts. L'auscultation est rarement utile. On doit tenter d'évaluer le lobe gauche dans l'épigastre à l'aide de ces techniques.

Que signifie un bord de foie palpable? Selon une revue récente, un foie palpable n'est pas nécessairement hypertrophié ni atteint. Une comparaison des résultats de l'examen clinique et de la scintigraphie révèle que dans la moitié des

cas environ, le foie palpable n'est pas hypertrophié. L'incapacité de déceler le bord du foie n'écarte pas l'hépatomégalie mais en réduit la probabilité.

Quelle est la largeur normale obtenue par percussion? Une seule étude a été réalisée dans le but d'établir la largeur normale du foie. Castell a examiné 116 sujets en bonne santé en ayant recours à la percussion ferme. La largeur moyenne au niveau de la ligne mamelonnaire a été de 7 cm chez les femmes et de 10,5 cm chez les hommes. Les nomogrammes suivants ont été élaborés pour obtenir au moyen de la technique de percussion ferme une estimation de la matité dans une population normale : la matité hépatique chez l'homme égale $(0,032 \text{ fois le poids en livres}) + (0,183 \text{ fois la hauteur en pouces}) - 7,86$. Chez la femme, la matité hépatique égale $(0,027 \text{ fois le poids en livres}) + (0,22 \text{ fois la hauteur en pouces}) - 10,75$. L'intervalle de confiance de 95 % était de plus ou moins 2,64 cm. Par conséquent, selon cette formule, un homme mesurant 5 pi 10 po et pesant 175 lb aurait une largeur de foie probable de 10,2 cm (écart : de 7,6 à 12,8); chez une femme de 5 pi 5 po pesant 130 lb, la valeur correspondante serait de 7,1 cm (écart : de 4,5 à 9,7).

19.6 Examen de la rate

La rate normale est un organe courbé, situé sous le gril costal dans l'hypocondre gauche. La rate se trouve sous la dixième côte gauche; son poids normal est d'environ 150 g et elle mesure environ 12 cm de longueur, 7 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur. La rate normale n'est pas palpable; cependant, lorsqu'elle grossit, elle descend sous le gril costal et déborde dans l'abdomen en direction du quadrant inférieur droit. Une rate hypertrophiée peut présenter une encoche palpable le long de son bord médian.

L'examen de la rate doit commencer par la recherche d'une masse palpable dans l'hypocondre gauche, bien que cette observation soit peu fréquente. L'examineur doit ensuite percuter la région de la rate pour vérifier s'il y a une matité, ce qui indique une hypertrophie. Les deux méthodes les plus utiles sont la percussion de l'espace sonore de Traube et le signe de Castell.

Les repères de surface pour l'espace sonore de Traube sont la sixième côte gauche, la ligne axillaire moyenne gauche et le rebord costal gauche. Une rate hypertrophiée peut causer une matité au niveau de l'espace sonore de Traube. La percussion doit être effectuée à un ou à plusieurs points le long de cette région, en allant du milieu vers le côté. La sensibilité et la spécificité de cette manœuvre se situent entre 60 % et 70 % pour ce qui est de la splénomégalie; cependant, elles augmentent à environ 80 % chez le sujet non obèse à jeun.

La méthode de Castell consiste à percuter l'espace intercostal le moins élevé dans la ligne axillaire antérieure gauche. Chez les personnes en santé, cette région est sonore à la percussion et le demeure à l'inspiration. En

présence d'une légère hypertrophie de la rate, elle sera sonore à la percussion et montrera une matité à l'inspiration maximale. Cette méthode a une sensibilité et une spécificité d'environ 80 % pour le dépistage d'une hypertrophie de la rate et semble convenir particulièrement au dépistage d'une rate légèrement hypertrophiée non palpable.

Pour palper la rate, on doit commencer dans le quadrant inférieur droit et aller vers l'hypocondre gauche, de manière à suivre la direction de l'hypertrophie. Le sujet étant en décubitus dorsal, on procède à une palpation bimanuelle en utilisant la main gauche pour soulever doucement la partie la plus basse du gril costal gauche vers l'avant. On utilise le bout des doigts de la main droite pour chercher la pointe de la rate en palpant doucement lorsque le sujet inspire. La main glisse du quadrant inférieur droit vers le quadrant supérieur gauche. Si la rate n'est pas palpable en décubitus dorsal, le sujet se couche sur le côté droit et le pôle de la rate est de nouveau cherché par la technique bimanuelle, le bout des doigts de la main droite effectuant la palpation au moment de l'inspiration. Cette technique a une sensibilité de 70 % et une spécificité de 90 % pour ce qui est de l'hypertrophie de la rate.

19.7 Examen en présence d'une ascite présumée

La présence d'une ascite, accumulation de liquide circulant librement dans la cavité péritonéale, est toujours due à un processus pathologique sous-jacent. Le plus souvent, la cause est une cirrhose d'un type quelconque. Les autres causes possibles comprennent une insuffisance cardiaque droite grave, une obstruction lymphatique, un cancer intra-abdominal primitif et des métastases péritonéales. Il est facile de déceler en clinique de gros volumes d'ascite, mais la sensibilité des techniques d'examen diminue lorsque les volumes sont faibles. L'échographie, qui peut révéler aussi peu que 100 mL de liquide, est la technique de référence à laquelle sont comparées les manœuvres cliniques de diagnostic.

L'une des démarches consiste à vérifier d'abord si les flancs sont bombés et à déterminer ensuite, par palpation, la présence ou l'absence du signe du flot et, par percussion, la matité du flanc ainsi que la mobilité de la matité. Il faut savoir que le tissu adipeux des flancs peut parfois être confondu avec du liquide. Pour démontrer le signe du flot, il faut demander l'aide du patient ou d'une autre personne. Le patient étant en décubitus dorsal, on place une main sur le flanc du patient et avec l'autre main, on donne de petits coups brefs sur l'autre flanc. Une troisième main applique au milieu de l'abdomen une pression suffisante pour amortir toute vague qui pourrait passer à travers le tissu adipeux de la paroi abdominale antérieure. En présence de liquide, une onde de choc sera perçue par la main qui effectue la palpation. La sensibilité de cette technique est d'environ 50 % mais sa spécificité est supérieure à 80 %.

Pour rechercher par percussion une masse liquidienne libre, on doit placer le doigt parallèlement à la limite présumée et percuter la région de sonorité au milieu de l'abdomen jusqu'à la région de matité dans les flancs. Après avoir marqué cette région, on fait rouler le patient du côté opposé. Par exemple, si la matité du flanc est perçue à gauche, on doit rouler le patient sur son côté droit. On doit laisser s'écouler environ 30 secondes pour permettre au liquide de passer de la région située entre le mésentère et les boucles de l'intestin vers la partie inférieure de l'abdomen. La région du flanc gauche qui présentait auparavant une matité doit maintenant être sonore. L'ordre dans lequel on procède n'a pas d'importance. Dans trois études séparées, la mobilité de la matité a montré une sensibilité variant entre 60 % et 88 %, et une spécificité variant entre 56 % et 90 %.

Dans une étude à laquelle ont participé 6 gastro-entérologues et 50 patients alcooliques hospitalisés, la concordance globale quant à la présence ou à l'absence d'une ascite a été de 75 %, pour atteindre 95 % parmi les médecins les plus expérimentés.

Fait intéressant, les symptômes sont souvent aussi utiles que l'examen physique pour le diagnostic clinique de l'ascite. Les observations les plus précieuses à cet égard sont un signe du flot positif, une mobilité de la matité ou un œdème périphérique. L'absence de ces observations peut servir à écarter une ascite, tout comme l'absence d'antécédents de gonflement de la cheville ou d'augmentation du volume de l'abdomen.

LECTURES SUGGÉRÉES

Section 19 Examen de l'abdomen

Castell DO, O'Brien KD, Muench H, Chalmers TC. Estimation of liver size by percussion in normal individuals. *Ann Intern Med* 1969; 70(6):1183–1189.

Grover SA, Barkun AN, Sackett DL. Does this patient have splenomegaly? *JAMA* 1993; 270:2218–2221.

Naylor CD. Physical examination of the liver. *JAMA* 1994; 271:1859–1865.

Sapira JD. The art and science of bedside teaching. In: Sapira JD (ed.). *The art and science of bedside diagnosis*. Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1990.

Williams JW, Jr, Simel DL. Does this patient have ascites? How to divine fluid in the abdomen. *JAMA* 1992; 267:2645–2648.

POINTS DE PRATIQUE

- Les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents dans la population en général.
- Les facteurs de stress et la crainte d'une malignité sous-jacente sont des déclencheurs importants qui conduisent à consulter un médecin.

- L'interrogatoire complet et soigneux est crucial en gastro-entérologie et tous les examens endoscopiques ou radiologiques ne peuvent le remplacer comme outil diagnostique.
- L'interprétation des manifestations cliniques des troubles gastrointestinaux exige une connaissance approfondie et une bonne compréhension de la physiologie de l'appareil digestif.
- Les symptômes gastro-intestinaux devraient être interprétés en fonction de leurs relations avec le régime alimentaire, l'ingestion des aliments, la digestion et la défécation.
- Les symptômes et signes tels qu'une perte de poids, une hémorragie digestive, un ictère ou une anémie doivent attirer l'attention du clinicien sur la possibilité d'une affection organique sous-jacente et nécessitent une investigation.
- Les antécédents familiaux forment une partie importante de l'anamnèse; en particulier, les antécédents de cancer intestinal, de cancer gastrique, de maladie coeliaque ou d'hémochromatose devraient inciter à ordonner des tests de dépistage selon les besoins cliniques.

